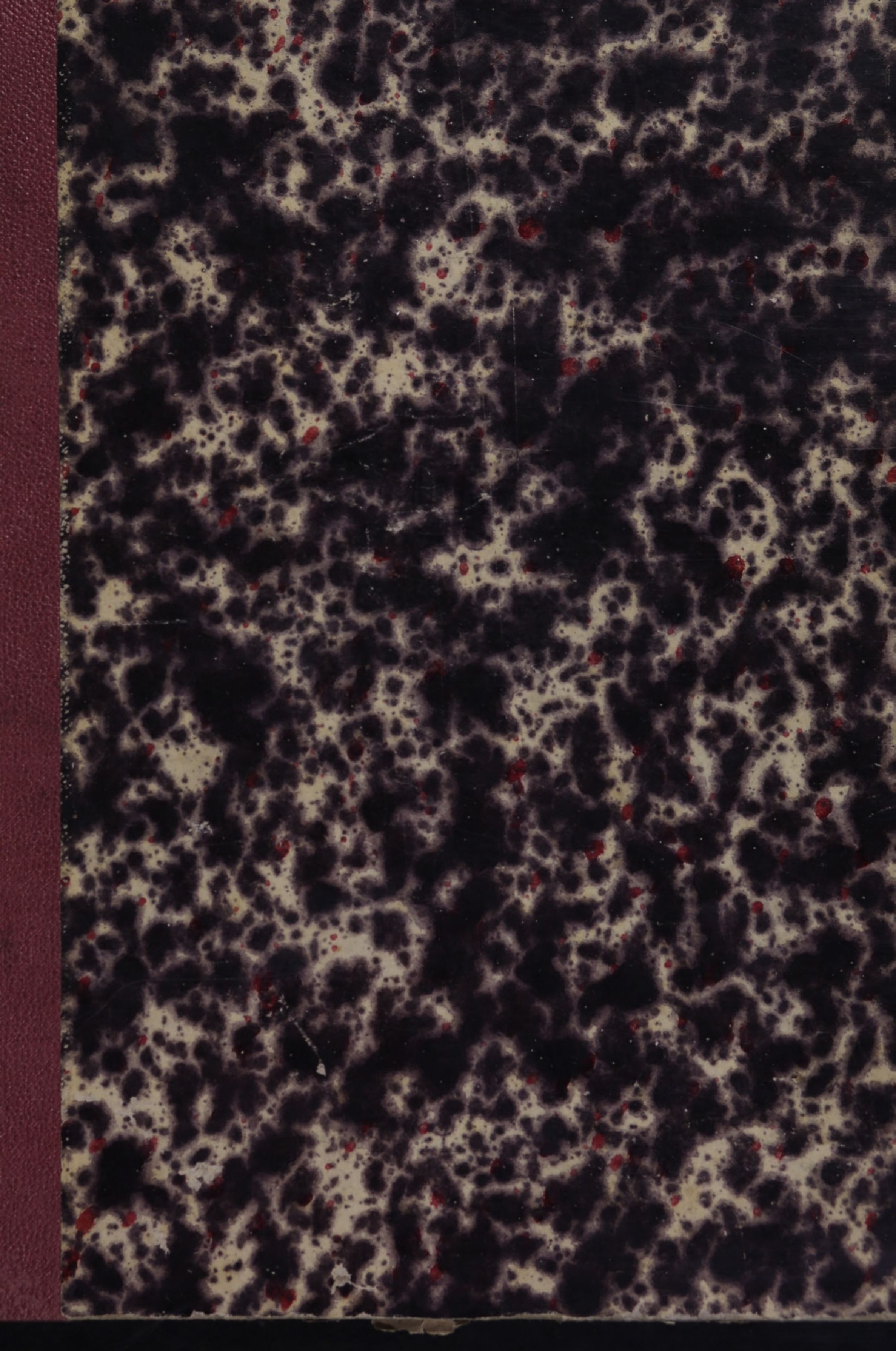
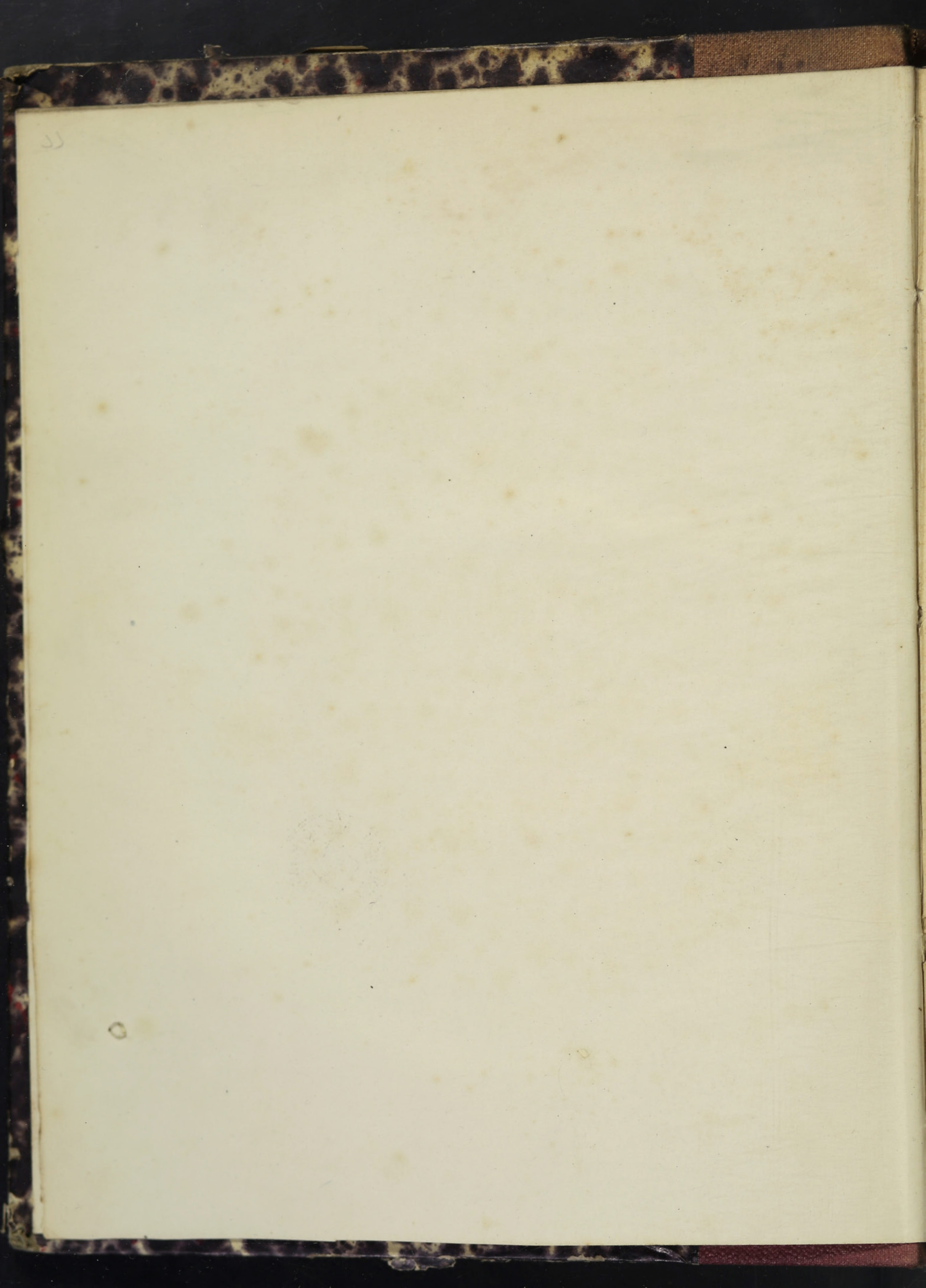


~1889~

-15-

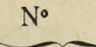
1. Lanselle, Arthur
2. Larrieu, Félix
3. Lartet, Léon
4. Lasserre, Henri
5. Laure, Georges
6. Lavaux, Jean-Maximin
7. Lebouc, L.
8. Le Cuziat, Yves-Marie-Alexis
9. Lefebvre, Achille
10. Lefebvre, Lucien
11. Lefort, Albert
12. Le Grand, H.
13. Lejeune, Antoine-Amedée
14. Léonet, Gustave
15. Leriche, Alphonse
16. Leroux, Paul
17. Lesage, Adolphe-Auguste
18. Leudet, Robert



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS



Année 1888 **THÈSE** N°



POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 27 décembre 1888, à 1 heure

Par ARTHUR LANSELLE

Né à St-Omer (Pas-de-Calais), le 14 Décembre 1861

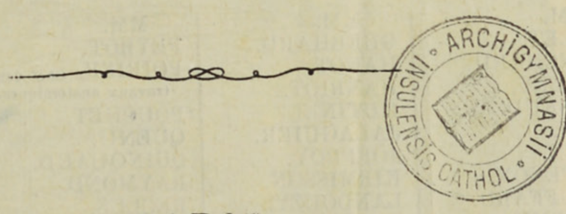
DE LA

PRÉSENTATION PRIMITIVE DE LA FACE

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges { MM. BERGER, agrégé.
SCHWARTZ et MAYGRIER, agrégés.





PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, Rue Casimir-Delavigne, 2

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen .... M. BROUARDEL.

Professeurs .... MM.

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DAMASCHINO. DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	SEE (G.). POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	N...
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.

Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GUEBHARD.	PEYROT.	REYNIER.
BLANCHARD.	HANOT.	POIRIER, Chef des travaux anatomiques.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BOUILLY.	HANRIOT.	POUCHET.	ROBIN (Albert)
BRISSAUD.	HUTINEL.	QUENU.	SCHWARTZ.
BRUN.	JALAGUIER.	QUINQUAUD.	SEGOND.
BUDIN.	JOFFROY.	RAYMOND.	TROISIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RECLUS.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LANDOUZY.	REMY.	
DEJERINE.	MAYGRIER.		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Thèses de Paris 1889.

Tome XV.

1 Lanselle
2 Larrieu
3 Lartet
4 Lasserre
5 Laure
6 Lavaux
7 Le Bouc
8 Le Cuziat
9 Lefebvre Achille
10 Lefebvre (Lucien)
11 Lefort
12 Legrand
13 Lejeune
14 Leonet
15 Leriche
16 Leroux
17 Lesage
18. Leudet

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen . . . . . . M. BROUARDEL

Anato
Physio
Physiq
Chimie
Histoir
Patholo
Patholo

Patholog

Anatomi
Histologi
Opération
Pharmac
Thérapeu
Hygiène.
Médecine
Accouche
enfants
Histoire
Pathologi

Clinique

Maladies
Clinique
céphal
Clinique

Clinique

Clinique
Clinique
Clinique

Profess

MM.
BALLET
BLANC
BOUILL
BRISSA
BRUN.
BUDIN.
CAMPE
CHAUF
DEJERI

Par dé
dans les
leurs aut

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON EXCELLENT MAITRE

M. MAYGRIER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Accoucheur de la Pitié

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TARNIER

Professeur de Clinique obstétricale et de Gynécologie à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

DE LA

PRÉSENTATION PRIMITIVE DE LA FACE

AVANT-PROPOS

Pendant l'année d'externat que nous venons de passer à la Maternité de l'hôpital de la Pitié, dans le service de notre excellent maître M. Maygrier, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de présentation de la face avant le travail. M. Maygrier nous inspira l'idée de rechercher dans les auteurs les observations analogues et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Il lui semblait, en effet, que si beaucoup de choses avaient été dites sur ce sujet, aucun travail d'ensemble n'avait été fait. Encouragé par ses conseils, nous avons entrepris de combler cette lacune.

Que notre cher maître veuille bien recevoir l'assurance de notre profonde gratitude pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et surtout pour les précieux enseignements qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

Nous adressons à Mme Henry, sage-femme en chef de la Maternité, nos respectueux remerciements pour

l'empressement et l'affabilité avec lesquels elle a mis à notre disposition de précieux documents.

Nous sommes heureux de remercier en même temps nos savants maîtres dans les hôpitaux : MM. Trélat, professeur de clinique chirurgicale à la Charité, et Rigal, médecin de l'hôpital Necker, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe ; Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Polaillon, chirurgien de l'hôpital de la Pitié ; Duguet, médecin de l'hôpital Lariboisière, et Gérard Marchant, chirurgien des hôpitaux.

Nous prions M. le Professeur Tarnier d'agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Le but principal de ce travail est de démontrer l'existence de la présentation primitive de la face ; et par présentation primitive nous comprendrons, avec les auteurs modernes, tous les cas dans lesquels la déflexion de la tête existe pendant la grossesse, c'est-à-dire tous les cas dans lesquels la face se présente d'aplomb au niveau du détroit supérieur avant tout début de travail.

Voici le plan que nous suivrons :

Dans un premier chapitre, nous donnerons un aperçu historique de la question.

Dans le second, nous grouperons les faits et les observations que nous avons pu réunir et à l'aide desquels nous nous efforcerons de démontrer que la présentation primitive de la face existe réellement.

Puis, nous rechercherons les causes qui peuvent expliquerla production de cette présentation primitive.

Dans un chapitre spécial, nous indiquerons les signes qui permettent de la reconnaître. Nous montrerons toute l'importance de ce diagnostic au point de vue du pronostic et du traitement. C'est qu'en effet cette question comporte un grand intérêt pratique. S'il est possible de reconnaître la présentation primitive de la face, ne serait-il pas avantageux de la transformer en une présentation du sommet ?

Dans la dernière édition de son *Traité du palper abdominal*, M. Pinard écrit : « Les présentations de l'épaule peuvent et doivent disparaître, ainsi que toutes les présentations du siège ».

Cette parole ne pourrait-elle pas s'appliquer aussi à la présentation primitive de la face, qui, bien qu'offrant un pronostic beaucoup moins grave que celle de l'épaule et même celle du siège, est cependant moins favorable pour la mère et l'enfant, que la présentation du sommet.

CHAPITRE PREMIER

Historique. — État actuel de la question.

Il nous a semblé rationnel de diviser l'histoire de la présentation primitive de la face en quatre périodes.

Pendant la première, qui s'étend depuis les temps hippocratiques jusqu'au XVIIe siècle, la présentation de la face est totalement inconnue.

Avec Guillemeau, en 1606, commence la deuxième période qui embrasse tout le dix-septième siècle et pendant laquelle l'attention est exclusivement attirée sur le pronostic fâcheux de cette présentation.

La troisième période, marquée surtout par les travaux de Deventer (1734), comprend tout le dix-huitième siècle et le commencement du dix-neuvième. Les accoucheurs de cette époque cherchent bien à résoudre le problème de l'étiologie ; mais l'imperfection de leurs moyens d'investigation ne leur permet d'émettre que des opinions qui ne reposent sur aucune observation précise.

Les observations de Mme Lachapelle marquent le début de la quatrième période ; et ce n'est en somme que de cette époque que date réellement l'histoire de la présentation primitive de la face.

PREMIÈRE PÉRIODE

En parcourant, dans les ouvrages synthétiques des anciens auteurs, les chapitres qui traitent de l'obstétrique, on ne trouve aucune mention de la présentation de la face. D'ailleurs, comme le dit très bien Velpeau : « Jusqu'au XVIe siècle, l'art des accouchements se trouve réduit à des principes aussi vagues que mal établis. Personne encore ne s'était chargé d'en faire un corps de doctrine ».

Hippocrate connaissait la présentation du sommet qui, pour lui, était la présentation naturelle. Il n'ignorait pas non plus la possibilité de la présentation du tronc et de celle des pieds, puisqu'il nous décrit les dangers qu'elles font courir à la mère et à l'enfant.

Nous retrouvons à peu près les mêmes préceptes dans les écrits d'Ambroise Paré.

Rhodion publia, au commencement du seizième siècle, le premier ouvrage d'accouchement, qui n'est qu'une reproduction des principes d'Hippocrate.

DEUXIÈME PÉRIODE

Il faut arriver à Guillemeau, en 1606, pour trouver la première mention de la présentation de la face qu'il considère comme très fâcheuse.

Les auteurs du XVIIe siècle qui le suivirent, Mauriceau, Viardel, Peu et Portal étudient la question au point de

vue du pronostic et de l'intervention. Les trois premiers considèrent l'accouchement comme impossible et conseillent l'intervention.

Portal, au contraire, enseigne le premier, que non seulement l'expulsion, dans ce cas, peut se terminer par les seules forces de la nature, mais même que cette présentation n'est fâcheuse ni pour la mère ni pour l'enfant et qu'ainsi elle doit rentrer dans la catégorie des accouchements naturels.

Ce qui les préoccupait surtout dans la question, c'était le côté pratique. Cependant Peu consacre une page à l'étiologie de cette présentation. Pour lui, elle est toujours une transformation de la présentation du sommet, et cette transformation peut se produire au moment du travail ; mais il admet qu'elle peut aussi se produire pendant la grossesse sous l'influence de causes diverses, telles que : vomissements, toux, coliques, convulsions et surtout les coups et chutes. Il termine en disant : « C'est pourquoi les femmes doivent éviter soigneusement les coups, les chutes et les autres accidents qui peuvent ainsi changer la posture naturelle de leur enfant, principalement sur les derniers mois de la grossesse ».

Cette citation ne semblerait-elle pas indiquer que Peu a entrevu la possibilité de la présentation primitive ?

TROISIÈME PÉRIODE

Les auteurs de cette époque, comme nous l'avons déjà dit, recherchent activement les causes de la présentation de la face.

Dionis en 1718, de la Motte en 1721, attribuent cette présentation à l'obliquité utérine.

Deventer, en 1734, fait une étude très approfondie de l'obliquité utérine qu'il considère comme la cause principale de la présentation de la face. Cette présentation serait toujours secondaire à celle du sommet et la mutation s'opérerait au moment où les contractions utérines, en agissant sur le fœtus, le poussent suivant l'axe de la matrice, c'est-à-dire dans une direction oblique par rapport à l'aire du détroit supérieur. A ce moment la tête viendrait buter contre le bord du détroit supérieur et l'occiput se renverserait en arrière.

Jacques Mesnard en 1753 ; M[me] Le Boursier du Coudray (1759), la célèbre sage-femme ambulante ; Astruc, en 1765, adoptent les idées de Deventer.

Deleurye qui, en 1770, défendit l'opinion autrefois formulée par Portal, mais abandonnée par ses successeurs, de la possibilité de la terminaison spontanée de l'accouchement par la face, déclare que la face se présente lorsque, l'obliquité utérine existant, la nature des contractions est assez forte pour rompre brusquement la poche des eaux, et par suite abaisser cette partie.

Solayrès et Baudelocque incriminent surtout la direction des forces utérines, qui agissent sur un point de la tête antérieur à l'articulation occipito-axoïdienne. Baudelocque déclare catégoriquement que, quelle que soit la déviation de la tête, la face ne se présente presque jamais dès le commencement du travail; en d'autres termes, il rejette absolument la présentation primitive.

En 1770, Smellie, le premier, entrevit et formula les

phénomènes mécaniques de l'accouchement par la face, que d'ailleurs il considère comme très fâcheux et pour lequel il conseille l'intervention ; il ne fait qu'effleurer le côté étiologique de la question. Cependant l'influence de l'obliquité utérine n'échappe pas à sa sagacité.

Au commencement du XIXe siècle, Gardien étudie longuement la question à tous les points de vue. Rompant avec l'opinion de ses prédécesseurs sur les causes de la déflexion de la tête, il ne croit pas à l'influence de l'obliquité utérine. Contrairement à Baudelocque il déclare que le renversement de la tête peut exister avant le travail, ce qui est le cas le plus ordinaire, ou ne survenir que pendant sa durée ; et il ajoute que, s'il n'existait pas un commencement de renversement, l'obliquité de la matrice ne pourrait le produire pendant le travail.

On voit donc que, tandis que Baudelocque affirmait que la présentation de la face était toujours secondaire, Gardien, de son côté, affirmait qu'elle était le plus souvent primitive.

Capuron, en 1816, incrimine surtout la mobilité de la tête du fœtus, tout en admettant l'influence de l'obliquité utérine.

Ainsi il résulte de cette analyse succincte de leurs travaux que les auteurs du XVIIIe et du commencement du XIXe siècle, attribuaient à l'obliquité de l'utérus une grande importance étiologique. Mais ils interprétaient différemment le mode d'action de cette obliquité; la plupart, croyant qu'elle n'agissait qu'au moment du travail ; d'autres, au contraire, pensant qu'elle pouvait déjà agir

sur l'attitude du fœtus pendant la grossesse. D'ailleurs toutes leurs opinions ne reposaient que sur des conjectures ; car, s'ils savaient utiliser le palper abdominal pour reconnaître les caractères extérieurs de l'utérus, l'état de grossesse simple ou gémellaire, ils ne savaient point l'utiliser pour le diagnostic des présentations et des positions. Ce diagnostic, ils ne pouvaient le faire qu'au moment, et souvent à un moment avancé du travail ; aussi en aurait-on été encore longtemps réduit à des hypothèses sur la question qui nous occupe, si Mme Lachapelle n'avait apporté, en 1821, des faits qui démontraient nettement l'existence de la présentation primitive de la face. Aussi avons-nous cru bon, pour la clarté du travail, de ranger dans une quatrième période tous les auteurs qui ont étudié la présentation de la face après la publication de Mme Lachapelle.

QUATRIÈME PÉRIODE

Nous pouvons diviser en deux groupes les auteurs qui, depuis Mme Lachapelle jusqu'à l'époque actuelle, se sont occupés de la question : d'une part, ceux qui ajoutent leurs observations personnelles aux faits de Mme Lachapelle et ceux qui, reconnaissant l'évidence de ces faits, admettent l'existence de la présentation primitive de la face ; d'autre part, ceux qui déclarent que toujours la présentation de la face est une présentation secondaire, ou autrement dit, une présentation du travail.

Dugès (de Montpellier) admet la présentation primitive de la face sans en chercher les causes.

En 1832, dans le *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., Dubois et Désormeaux ajoutèrent aux faits anatomo-pathologiques de Mme Lachapelle des observations cliniques de présentation primitive de la face.

En 1836, Mme Boivin cita un fait, observé par elle, analogue à celui de Mme Lachapelle.

Velpeau (1835) admet, dans son traité d'accouchements, la présentation primitive.

Crousse, en 1844; Decazis, en 1858; Forcade, en 1865, étudient dans leur thèse inaugurale la présentation de la face, et, sans apporter de faits nouveaux, admettent cependant la présentation primitive.

Moreau, en 1841, et Jacquemier, en 1846, les admettent également.

Ce dernier, après avoir étudié les causes de la présentation de la face, ajoute: « Dans tous les cas, on conçoit que la face puisse se présenter naturellement, d'une manière plus ou moins franche, à l'entrée du bassin, avant même la fin de la grossesse ».

Joulin, en 1867, admet également la possibilité de la présentation primitive.

Après avoir énuméré les faits de Mme Lachapelle, de Dubois et de Désormeaux, Cazeaux écrit: « De ces faits et de beaucoup d'autres on peut évidemment conclure que les présentations de la face, dans la très grande majorité des cas, ne sont pas déterminées par une inclinaison préalable du fœtus, ou une direction vicieuse dans les contractions utérines, mais qu'elles sont primi-

tives, et alors la cause qui les produit nous échappe ».

Tel est aussi l'avis du Prof. Depaul qui, dans ses cliniques de 1876, étudiant le mécanisme de la présentation de la face, s'exprime ainsi : « Aussi continuerons-nous à admettre : 1° des présentations primitives, c'est-à-dire celles qui existent dès le début du travail ; 2° des présentations secondaires. Je dirai encore, pour rendre ma pensée plus claire, qu'on peut admettre que certains enfants, au lieu d'avoir la tête fléchie comme attitude naturelle pendant la vie intra-utérine, ont au contraire la tête renversée en arrière, l'occiput reposant sur le dos ».

Le Prof. Pajot, en 1879, affirme avoir observé des cas de présentation primitive de la face, ainsi que nous le verrons dans le chapitre suivant.

Stoltz (art. Accouchement du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*) les admet également ; et posant cette double question : « 1° Pourquoi la tête, au lieu d'être fléchie sur la poitrine, se trouve-t-elle fortement étendue et même renversée en arrière ? 2° L'accouchement, dans une pareille conjoncture, peut-il se terminer spontanément ? » il écrit : « On est embarrassé de répondre d'une manière satisfaisante à la première question. Tout ce que l'observation répétée a appris de certain, c'est que le plus souvent le fœtus est dans cette attitude vicieuse plus ou moins longtemps avant la fin de la grossesse ». Il ajoute que les présentations primitives ont été reconnues de beaucoup les plus fréquentes.

En 1881, le Dr Phélippeaux, dans une thèse soutenue devant la Faculté de Montpellier, étudie longuement la

présentation de la face et il termine son travail en disant: « Je conclurai donc, avec la presque totalité des maîtres modernes, que les présentations de la face comportent deux variétés bien distinctes, établies sur des preuves cliniques, physiologiques et anatomiques ».

Tarnier et Chantreuil enseignent que « les présentations primitives existent d'une façon non douteuse ».

Charpentier (1883) les admet également.

Nous retrouvons d'ailleurs la même opinion dans la plupart des traités et manuels contemporains.

En 1886, M. Boisleux, étudiant dans sa thèse inaugurale le pronostic et le traitement de la présentation de la face, admet aussi des présentations primitives et des présentations secondaires.

Dans la séance du 9 juin 1887, M. Olivier communiqua à la Société obstétricale et gynécologique de Paris une note sur un cas de présentation primitive qu'il venait d'observer. Sa communication donna lieu à une discussion étiologique intéressante, dans laquelle M. Verrier déclara avoir observé aussi des cas de présentation primitive.

Dans le cours d'accouchement qu'il professa cet été (1888) à la Faculté de Médecine de Paris, M. Ribemont-Dessaignes divisa aussi les présentations de la face en deux variétés: primitives, ou de la grossesse ; secondaires, ou du travail ; et il déclara avoir constaté lui-même une présentation de la face vingt-cinq jours avant le travail.

Tout dernièrement enfin, M. Olivier a publié dans le *Journal de Médecine de Paris* (numéro du 23 septembre

1888) une observation de présentation primitive lue au congrès d'obstétrique et de gynécologie de Gênes par le Dr Bossi.

Tels sont les documents français que nous avons pu recueillir en faveur de notre thèse.

Cette question a beaucoup occupé les auteurs allemands.

Hecker, qui fait jouer à la dolichocéphalie un rôle prépondérant dans l'étiologie des présentations de la face, reconnait l'existence de la présentation primitive.

Chiari, Braun et Spœth l'admettent également.

Scanzoni déclare qu'il est possible de reconnaître la présentation de la face vers la fin de la grossesse.

Ahlfeld (1873) divise aussi les présentations de la face en primitives et secondaires.

Schröder, dans son traité, étudie la présentation de la face; et, après en avoir analysé les causes, il ajoute : « D'après cette étiologie, les présentations de la face devraient se produire seulement au début de l'accouchement (présentation secondaire). Mais chez les primipares, chez lesquelles en particulier il y a déjà des contractions notables pendant la grossesse, les présentations de la face peuvent aussi se produire déjà pendant la grossesse (présentation primitive). »

Spiegelberg (1877) a publié deux cas de présentation primitive qu'il avait observés.

Nægelé et Grenser, dans leur traité, admettent aussi la présentation primitive.

En 1885, dans la cinquante-huitième réunion des Curieux de la nature et des Médecins allemands, tenue à

Strasbourg, Schatz, Bayer et Freund ont mis en relief quelques points intéressants de l'étiologie de la présentation de la face.

En Angleterre, cette question a été étudiée par quelques auteurs et particulièrement par Playfair qui, après avoir passé en revue l'opinion de Baudelocque, de Hecker et de Duncan, conclut en ces termes : « D'après ces théories les présentations de la face sont produites pendant le travail. Parfois cependant elles existent certainement avant que le travail ait commencé. Dans ce cas, puisque nous savons que les contractions utérines se font sentir en dehors du travail, il est possible que des causes analogues agissent encore, bien que moins distinctement, avant le début de l'accouchement ».

Si nous joignons à cette énumération la communication de M. Bossi, à laquelle nous avons déjà fait allusion, nous aurons à peu près complètement reproduit les opinions favorables à notre thèse, émises en France et à l'étranger.

Mais, ainsi que nous l'avons dit plus haut, quelques auteurs n'ont pas cru devoir admettre l'existence de la présentation primitive.

Tels sont :

En France : Baudelocque, Mattei, Chailly et M. Pinard.

En Allemagne : Hohl, Siebold et Kiwisch.

En Angleterre : Duncan.

En Belgique : Hubert (de Louvain).

Nous allons résumer brièvement leur opinion, excepté toutefois celle de Baudelocque, que nous avons déjà exposée.

Mattei n'est pas très affirmatif. Nous lisons dans son chapitre consacré aux présentations du fœtus les lignes suivantes : « Les auteurs admettent que le sommet, le siège, les deux côtés du tronc et la face peuvent se présenter au détroit supérieur pendant la durée de la grossesse ou tout au moins au commencement du travail. Cette question, au point de vue de l'accouchement physiologique, est d'un intérêt capital, et on en comprendra bientôt le motif. Aussi sommes-nous obligés de nous demander si en effet ces présentations sont réelles et s'il est possible de les constater, pendant la grossesse, par les moyens que les auteurs ont eus jusqu'ici à leur disposition ».

Ces moyens, quels sont-ils? Il nous le dit plus loin: « L'autopsie des femmes mortes avant leur délivrance et d'autres moyens d'investigation ont pu donner une idée des présentations et des positions que prend le fœtus dans le sein de la mère, mais c'est surtout par le toucher et l'auscultation qu'on les a constatées et qu'on les constate encore ».

Il étudie ensuite les résultats fournis par ces divers moyens d'investigation et il conclut en disant qu'ils sont souvent suffisants, mais pas toujours, pour reconnaître les présentations et les positions. Il déclare, en particulier, au sujet des présentations de la face, que « non seulement on ne les a pas constatées d'une manière franche avant la dilatation du col ; mais il faut être habile pour le faire quelquefois avant la rupture des membranes ».

Prenant alors la question sous un autre point de vue, il écrit : « Si ces cinq présentations ne sont pas toujours

possibles à reconnaître, sont-elles au moins réelles et peut-on dire qu'elles existent pendant la grossesse ? » Après avoir examiné sous ce rapport la présentation du tronc, il arrive à celle de la face : « Peut-on dire qu'elle est naturelle ? Peut-on croire que le fœtus, placé tout à l'aise dans la cavité amniotique, pouvant exécuter des mouvements dans plusieurs sens, et surtout des mouvements de flexion qui sont le plus naturels, reste avec le cou étendu pour gêner la circulation de la tête et fatiguer les muscles de la région antérieure du cou? Qu'on trouve à l'autopsie un enfant en présentation de la face, cela se conçoit; mais que celui-ci persiste à rester dans cette attitude, pendant qu'il est vivant, cela n'est guère conciliable avec les idées que nous avons de son organisation; et la présentation de la face, selon nous, ne peut exister pendant la grossesse». Il termine ce chapitre en ces termes : « Il n'y a pour nous que deux véritables présentations : c'est celle du sommet et celle du siège, selon que l'une ou l'autre des extrémités de l'ovale, que décrit le fœtus, occupe le segment inférieur de l'utérus. Celle du sommet est normale; celle du siège est anormale ».

« Nous admettrons les présentations du tronc et de la face pendant la grossesse, pour ne pas être trop absolu; mais nous y avons peu de foi, car nous ne les avons pas encore constatées par le fait, et nous avons prouvé du reste qu'elles sont peu rationnelles. »

Ainsi qu'on peut en juger par ces citations, Mattei qui, quelques pages plus loin, indique le parti qu'on peut tirer du palper abdominal pour le diagnostic de la présentation du sommet, du siège et du tronc, et surtout pour le dia-

gnostic de la grossesse gémellaire, ne savait pas l'utiliser pour le diagnostic de la présentation de la face. C'est pourquoi il n'a pu la reconnaître pendant la grossesse.

Chailly (1867), faisant un court examen critique des causes de la présentation de la face, rejette avec Dubois l'influence de l'obliquité utérine. Il ajoute : « Au reste, quelle que soit la cause de cette présentation, il est évident qu'elle est le résultat de la présentation du sommet défléchi ». Et plus loin : « La présentation de la face n'étant qu'une présentation du sommet qui s'est étendue à une époque indéterminée de la grossesse et du travail, la fréquence des positions du sommet devra entraîner celle des positions de la face ».

On peut objecter à Chailly que, si la déflexion de la tête se produit pendant la grossesse, il en résulte une présentation primitive de la face, M. Pinard n'admet la présentation de la face pendant la grossesse « qu'à titre accidentel », et il déclare « n'avoir jamais rencontré un seul cas de présentation primitive ».

En Allemagne, Hohl, Kiwisch et Siebold n'admettent que la présentation secondaire.

En Angleterre, Duncan ne nie pas absolument l'existence de la présentation primitive. Il la considère comme exceptionnelle. Après avoir expliqué le mécanisme qui produit les présentations secondaires, il dit : « Comme je l'ai déjà indiqué, cette explication n'est pas applicable à tous les cas de présentation de la face. On a rapporté des cas, par exemple, où l'extension complète de la tête, qui ordinairement se produit pendant le travail, existait

avant tout début de travail. Je ne m'occuperai nullement de ces cas extraordinaires ».

Hubert (de Louvain) considère la présentation de la face comme une présentation secondaire ou comme un accident de celle du sommet. Il prétend ne l'avoir jamais rencontrée dans le cours de la grossesse.

On voit, d'après cette étude historique, que si la présentation primitive de la face est admise par beaucoup d'auteurs, elle est contestée par quelques-uns. Nous nous estimerions heureux si les documents, contenus dans le chapitre suivant, pouvaient lever tous les doutes sur ce sujet.

CHAPITRE II

Faits et Observations qui démontrent l'existence de la présentation primitive de la face.

Dans ce chapitre important nous citerons les faits de présentation de la face reconnus avant tout début de travail, c'est-à-dire les faits de présentation primitive que nous avons pu relever dans la littérature médicale et les observations que nous avons pu, grâce à l'obligeance de M[me] Henry, recueillir à la Maternité.

A ces observations inédites nous joindrons celle que nous avons eu l'occasion de suivre dans le service de M. Maygrier.

Afin d'apporter plus de clarté dans le sujet, nous diviserons les faits, contenus dans ce chapitre, en trois groupes.

Le premier groupe comprendra les faits simplement mentionnés par ceux qui les ont observés.

Dans le deuxième groupe, nous rapporterons les observations, rares, il est vrai, qui ont déjà été publiées sur ce sujet.

Enfin notre troisième groupe comprendra les observations inédites que nous avons pu recueillir.

PREMIER GROUPE

I. — Faits de Mme Lachapelle (*Pratique des accouchements*, t I, 3e mémoire, p. 372, 1821).

« On trouve même quelquefois, dit-elle, la face déjà en plein au détroit supérieur, avant que le terme de la grossesse soit arrivé et qu'il se soit développé le moindre symptôme de travail puerpéral. C'est ce que nous avons observé deux fois sur le cadavre. »

II. — Observations de Dubois et Desormeaux (*Dict. en 30 vol.*, 1832, art. Accouchement, t. I, p. 365).

« Dans le cours des neuf années qui se sont écoulées depuis le 1er janvier 1823 jusqu'au 1er janvier 1832, 24,529 enfants sont nés à l'hospice de la Maternité; et sur ce nombre d'accouchements, nous avons observé 85 présentations de la face, c'est-à-dire une présentation de ce genre sur 288 ou 289 naissances.

« Des 85 présentations de la face que nous venons d'indiquer 49 ont été clairement reconnues et annoncées avant la rupture des membranes ; 19 autres l'ont été immédiatement après cette rupture, lorsque déjà l'élévation inusitée de la tête, la difficulté du diagnostic et quelques autres circonstances encore en avaient fait soupçonner l'existence, et dans tous les cas évidemment avant que les

contractions utérines se fussent exercées sur le fœtus sans l'intermédiaire des eaux de l'amnios, et de manière à influer sur la situation particulière de l'extrémité céphalique.

« Ajoutons à cela que, parmi les 85 femmes dont les enfants se sont engagés par la face, il n'en est que trois chez lesquelles l'utérus fût dans un état d'obliquité très prononcé, et qu'une seule chez laquelle la quantité de liquide amniotique, qui environne le fœtus, ait été manifestement assez grande pour devenir l'objet d'une remarque particulière.

« Si à ces faits, qui nous paraissent très probants, l'on en ajoute plusieurs autres déjà publiés, on est en droit de conclure que les présentations de la face ne sont pas déterminées, du moins dans la très grande majorité des cas, par une inclinaison préalable du fœtus et une direction vicieuse des contractions utérines, mais qu'elles sont primitives et résultent d'une déflexion de la tête, dont la cause réelle nous échappe ordinairement, mais qui est certainement indépendante des organes expulseurs. »

III. — Observation de Mme Boivin (*Mémorial des accouchements*. Paris, 1836, p. 312).

Après un court examen des causes de la présentation de la face, Mme Boivin ajoute :

« Quoi qu'il en soit, nous avons vu un exemple de la présentation de la face au détroit abdominal, sur une femme morte enceinte et à terme, dans un accès de con-

vulsions et chez laquelle il n'y avait pas la moindre apparence de travail.

« L'enfant, du poids de sept livres, était situé de manière que la face était en travers du détroit abdominal, le menton à gauche. »

IV. — Observations de Spiegelberg (*Lehrbuch der Geburtshülfe*, t. I, p. 160, 1877).

Tout en admettant que la présentation de la face ne se produit généralement qu'au moment du travail, Spiegelberg dit : « Cela n'exclut pas la possibilité de la présentation de la face avant l'apparition des douleurs. Moi-même, je l'ai observée, une fois, 5 jours, et une seconde fois, 8 jours avant le commencement du travail. »

V. — Faits cités par M. Pajot (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 1879, t. I, art. Accouchement, p. 395).

« Nous avons pu sentir, dit-il, plusieurs fois, à travers les membranes et avant tout travail, la face s'offrant en plein à l'orifice, assez dilaté chez des multipares, pour que le doigt parvînt jusqu'aux parties fœtales. Que la présentation de la face, comme le croyaient nos anciens, puisse être le résultat de la présentation du sommet défléchie pendant le travail et avant la pénétration de la tête dans l'excavation, c'est ce que nous ne croyons pas prudent de nier ; mais, à coup sûr, loin d'être la règle, c'est là une rare exception. »

VI. — Faits de NÆGELÉ et GRENSER (*Traité des Accouchements*. Trad. AUBENAS, p. 183, 1880).

« On a prétendu, écrivent-ils, que toutes les présentations de la face sont primitivement des présentations crâniennes, et que la face ne devient la partie la plus déclive que dans le cours du travail. Mais les choses ne se passent pas ainsi, au moins dans la majorité des cas. En effet, l'observation démontre que le plus souvent on peut constater la présentation de la face, par le toucher, dès les premiers moments du travail. Nous avons même reconnu très distinctement la face, quelque temps avant l'accouchement, chez des primipares, à travers le segment inférieur notablement aminci.

« Les présentations de la face sont aussi fréquentes chez les primipares que chez les multipares. »

VII. — Observation de M. OLIVIER (*Annales de Gynécologie*, juin 1887).

En 1887, M. Olivier lit à la Société obstétricale et gynécologique de Paris (séance du 9 juin 1887) une note que nous trouvons ainsi résumée dans les *Annales de Gynécologie* :

« Appelé auprès d'une femme âgée de 37 ans, enceinte pour la première fois, M. Olivier constate, vers la fin du huitième mois, une présentation de l'extrémité céphalique O.I.D. transversale. Le toucher montre qu'il

n'existe pas le plus petit degré d'engagement, et cependant le bassin paraît normalement conformé. M. Olivier pense que ce défaut d'engagement est dû à un excès de volume de la tête fœtale. A quelque temps de là, dans la première quinzaine du neuvième mois de la gestation, un nouvel examen lui permet de reconnaître nettement par le palper, une présentation *primitive* de la face. M.I.G.P. Dans l'espoir d'obtenir une présentation franche du sommet, la manœuvre de Schatz est tentée à plusieurs reprises, mais sans succès. Le travail se déclare au terme normal, la présentation de la face s'accentue; mais l'engagement est lent, et la rotation ne s'effectue pas. Après plusieurs tentatives de réduction manuelle qui restent infructueuses, M. Olivier fait une application de forceps pour laquelle il met à profit la manœuvre conseillée par M. Loviot pour les cas analogues. L'extraction demande vingt-cinq minutes environ d'efforts énergiques.

L'enfant naît en état de mort apparente. Il est parfaitement ranimé après 1 heure 1/2 de respiration artificielle. Néanmoins il meurt quelque temps après. Les diamètres de la tête fœtale, qui est nettement dolichocéphale, sont les suivants :

O.M.	$14^c,3$
O.F.	$13^c,6$
B.P	$10^c,5$
B.T	$8^c,4$
B.M.	8^c
S.O.B.	9^c

M. Olivier conclut de cette observation ainsi que de

plusieurs autres faits, à la réalité des présentations *primitives* de la face. Il pense en outre que la dolichocéphalie existante a dû, en gênant l'engagement de la tête, favoriser la production de cette présentation. Le fait que le père de l'enfant est lui-même un beau type de dolichocéphalie, permet de supposer qu'il s'agissait, chez son enfant, d'une dolichocéphalie congénitale, exagérée peut-être par la durée du travail.

D'autre part, d'après les renseignements obtenus, le père lui-même serait né en présentation de la face. Cela sans doute parce qu'il était dolichocéphale.

VIII. — Faits de M. VERRIER (*Annales de gynécologie*, juin 1887).

Intervenant dans la discussion soulevée par la communication de M. Olivier, que nous venons de mentionner, M. Verrier dit :

« Je suis absolument de l'avis exprimé par M. Olivier au sujet de la présentation primitive de la face. J'ai observé au cours de ma carrière, déjà assez longue, 11 fois environ la présentation de la face.

« Or je ne crois pas me tromper en disant que dans la moitié des cas, ou à peu près, il s'agissait de présentations primitives.

« En ce qui concerne la dolichocéphalie, il est possible que cette disposition particulière du crâne ait pu entraver le mécanisme naturel de l'accouchement. »

IX. — Fait de M. Ribemont-Dessaignes.

Dans son cours professé cet été, à la Faculté de Médecine de Paris, M. Ribemont-Dessaignes admit la présentation primitive de la face et déclara en avoir constaté un cas irréfutable, 25 jours avant le ravail.

Dès qu'il eut reconnu cette présentation, M. Ribemont-Dessaignes s'empressa de la transformer en une présentation du sommet.

DEUXIEME GROUPE

Observation I

Présentation primitive de la face en M.I.D.P., par M. Bar, interne de M. Tarnier. Rapportée dans la thèse du Dr Phélippeaux. Montpellier, 1881.

La nommée Bitt... primipare, 22 ans, bonne constitution, entre à la Maternité le 28 août 1879 à 4 h. 1/2 du soir. Menstruation régulière. Odontalgie et bronchite pendant sa grossesse. A son arrivée, elle n'avait ressenti aucune douleur.

Cependant, par le toucher, on trouvait l'orifice dilaté de la grandeur d'une pièce d'un franc. Membranes intactes ; partie fœtale élevée. On reconnaît néanmoins la face en M.I.D.P. Par le palper abdominal on trouve la tête formant une tumeur volumineuse et saillante au-dessus du pubis. Le sinus de séparation existant entre cette tumeur et le dos est très évident. Le maximum des battements du cœur s'entend à gauche et en avant. Les premières douleurs se font sentir vers 5 heures du soir, peu accentuées.

Le 29, à 2 h. 25 du matin les membranes se rompent spontanément. La dilatation était grande comme une pièce de 5 francs ; mais les bords de l'orifice utérin étaient très dilatables. La dilatation s'opéra vite. A 2 h. 40 elle était complète : l'accouchement se termina à 3 heures. Enfant du sexe masculin et vivant. Poids : 2,880 grammes. Délivrance naturelle à 3 h. 35 du matin (1).

Observation II

Lue par M. Bossi au *Congrès d'obstétrique et de gynécologie de Gênes*. Avril 1887. Traduite et publiée par M. Olivier dans le *Journal de Médecine de Paris*, 23 septembre 1888, t. XV, n° 13, p. 336.

Trois grossesses. — Trois présentations de la face chez la même femme. — Considérations cliniques.

Mme M. R....., âgée de 24 ans, exerçant la profession de femme de ménage, est née à Gênes ; elle est d'une bonne constitution et ne présente aucune affection héréditaire. Sa mère a donné le jour à 20 enfants et tous les accouchements ont été heureux. Réglée à 15 ans, les règles ont toujours été régulières et d'abondance normale.

Elle a déjà accouché deux fois : la première fois, l'enfant, d'après la sage-femme qui fit l'accouchement, se présenta par la face ; la seconde fois, c'était il y a un an à la clinique, on constata encore une présentation de la face. L'enfant se présentait en première position ; on fut forcé d'appliquer le forceps ; il était mort.

Le 20 décembre 1886, c'est-à-dire juste 13 mois après ce second accouchement, cette femme se présentait de nouveau à la clinique en état de grossesse très avancée.

(1) Malgré les recherches que nous avons faites à la Maternité, nous n'avons pu retrouver cette observation ; aussi la donnons-nous sous toutes réserves.

Le renseignement qu'elle nous donna, qu'elle avait déjà eu deux grossesses et que les deux fois l'enfant s'était présenté par la face, attira vivement notre attention sur la présentation actuelle et la position du fœtus.

La date des dernières règles et des premiers mouvements actifs du fœtus, le volume de l'utérus, l'état du col de l'utérus et les autres symptômes présentés par la femme le 25 décembre, nous firent penser qu'elle était arrivée à la seconde quinzaine du 9e mois de sa grossesse. Nous fîmes cet examen de concert avec les étudiants de service.

L'utérus était dirigé verticalement et légèrement incliné à gauche ; son fond, délimité par la percussion, était à 4 centimètres de la pointe de l'appendice xiphoïde. A la palpation, on trouvait à gauche et en avant, et on distinguait assez nettement une saillie, une tumeur en forme de fer à cheval, absolument caractéristique et que le Dr Budin a montré n'être autre chose que le maxillaire inférieur et le menton. Un peu en arrière et à droite on sentait une tumeur arrondie, qui se continuait en haut avec un plan résistant qu'on pensa être le dos. On en eut la certitude lorsqu'on trouva les petites parties fœtales qu'on sentait très distinctement en haut et à gauche. Par l'auscultation, on entendit les battements du cœur, qui étaient assez éloignés, un peu au-dessus d'une ligne horizontale passant par l'ombilic et légèrement à gauche.

Par le toucher, on n'obtint aucun renseignement ; c'est à peine si le doigt put atteindre une partie peu nette placée très haut ; le bassin était normal.

Tous ces signes nous permirent de porter le diagnostic de présentation de la face en M.I.G.A.

Dans la nuit du 7 au 8 janvier, la femme entra en travail ; lorsque le col fut presque complètement dilaté, la poche des eaux se rompit spontanément ; le toucher permit de confirmer avec certitude le diagnostic porté précédemment.

Pendant la délivrance, on observa un phénomène curieux : la femme s'étant mise à faire des efforts pour expulser le pla-

centa, à respirer largement et à pousser en bas, on vit les parois abdominales tendues sur la ligne médiane entre les muscles droits de l'abdomen écartés, comme un sac volumineux. Lorsque le fœtus eut été expulsé, l'utérus diminua de volume et vint appuyer contre les parois abdominales; on put voir alors, pendant les fortes inspirations, se produire une sorte de hernie abdominale à travers les muscles droits.

Il est facile de reconnaître un semblable écartement par la palpation, en faisant plier les cuisses à la femme et en l'invitant à ne pas contracter ses muscles abdominaux. La distance qui séparait les muscles droits était de 10 centimètres.

Étant donné qu'il n'existait pas d'obliquité utérine marquée à droite comme l'ont indiqué Deventer, Mme Lachapelle, Winckel, Mathews Duncan pour expliquer la présentation de la face, que le bassin n'était pas vicié, que les diamètres de la tête étaient proportionnés au volume du fœtus, qu'aucune des nombreuses causes mises en avant par les auteurs n'est susceptible d'expliquer cette présentation de la face en dehors de l'écartement exceptionnel des muscles droits et de l'éventration consécutive, il faut bien admettre que c'est là la cause de la présentation anormale.

Si l'on considère, en outre, la constance avec laquelle le fait s'est reproduit, que chez la même femme à toutes les grossesses, trois fois, le fœtus s'est présenté par la face, on est en droit de supposer que c'est la même cause qui l'a produite, et que, de plus, cet écartement des muscles droits, cette éventration était probablement congénitale et non la conséquence d'une grossesse antérieure.

En résumé, en outre de la preuve de l'importance que peut avoir pour le diagnostic de la présentation de la face le signe fourni par la palpation et qui a été indiqué par Budin, à savoir la reconnaissance du menton et du maxillaire inférieur sous forme de saillie en fer à cheval, notre cas présente encore deux points intéressants :

1° Au moins dans cette dernière grossesse, la présentation

de la face était primitive, et nous avons pu en faire le diagnostic au terme de la grossesse, ce qui, il y a quelque temps, était nié et est encore aujourd'hui mis en doute par certains accoucheurs.

2° Il semblerait que la cause de la présentation, et nous l'avons admise pour notre part, l'éventration, la hernie abdominale, l'écartement des muscles droits, lésion acquise, au moins dans notre cas, ait une importance considérable pour l'étiologie de la présentation de la face.

La manière dont s'est terminé l'accouchement dans ce cas de présentation anormale a un certain intérêt et nous allons en parler afin que notre observation soit complète.

Il y avait déjà plusieurs heures que la dilatation du col était complète et que la poche des eaux était rompue, que la tête n'avait encore aucune tendance à s'engager, et restait au détroit supérieur.

Les battements du cœur m'indiquant que le fœtus souffrait, et voyant que les forces de la femme s'épuisaient, je crus opportun de tenter de transformer la présentation, avant d'en arriver à faire une application de forceps comme nous avions été forcé de le faire l'année dernière.

J'avoue que j'avais peu d'espoir de réussir; mais il me sembla qu'avant de recourir à une application de forceps sur la face et au détroit supérieur, opération d'une exécution difficile, il valait mieux, tant dans l'intérêt de la mère que dans celui de l'enfant, tenter d'autres moyens.

Ma tentative fut couronnée de succès, car je pus, non sans beaucoup de peine, transformer la présentation de la face en une présentation du sommet. Seulement, il survint alors une forte contraction utérine qui en fit une présentation oblique, et ce fut le pariétal droit qui vint se présenter au centre de l'excavation et la progression de la tête s'arrêta.

Je me servis alors d'une branche de forceps comme d'un levier, je redressai la tête, et, rapidement, en trois ou quatre contractions, celle-ci fut expulsée. L'enfant naquit vivant, ne présentant aucun signe d'asphyxie.... »

M. Olivier fait suivre cette observation des réflexions suivantes :

L'observation de M. le Dr Bossi est intéressante à de nombreux titres ; mais nous ne voulons ici en retenir que deux. Tout d'abord, voilà un cas absolument net de *présentation primitive de la face*. En effet, M. Bossi a pu reconnaître par le palper tous les signes de la présentation de la face, 18 jours avant le début du travail ; il a pu même, grâce au signe indiqué par Budin, et qu'il n'est malheureusement pas toujours possible de constater, faire le diagnostic de la position, et ce diagnostic a été vérifié et trouvé exact au moment du travail. Il n'est donc plus permis de nier la variété primitive de la présentation de la face.

Le second point intéressant à mettre en relief est la cause de cette présentation primitive se produisant à trois grossesses successives. D'après l'auteur, il faudrait en accuser une éventration qui serait congénitale chez cette femme. Nous avons le regret de ne point partager cet avis. Tout d'abord, M. Bossi ne nous dit pas quelles sont les raisons pour lesquelles il croit cette éventration congénitale ; mais en admettant même le fait, cette éventration suffit-elle à nous expliquer pourquoi trois fois de suite le fœtus s'est présenté par la face pendant la grossesse ? Non, assurément, et l'observation elle-même nous en fournit la preuve. Pour que l'éventration favorisât la présentation de la face, il eût fallu qu'elle permît l'obliquité de l'utérus par saillie de son fond en avant ; or, que lisons-nous dans l'observation, au paragraphe Palpation : « L'utérus était dirigé *verticalement* et légè-

rement incliné à gauche ; son fond, délimité par la percussion, était à 4 centimètres de l'appendice xiphoïde ».

Il n'y avait donc pas d'obliquité utérine et, partant, l'éventration n'a été pour rien dans la production de la présentation primitive de la face. Quelle est donc la cause ? L'observation est trop incomplète pour que nous puissions répondre à cette question ; en effet, l'auteur ne nous indique pas le volume de l'enfant, chose importante, puisque la présentation de la face se produit plus souvent lorsque l'enfant est gros. Il ne nous donne pas non plus les diamètres de la tête ; il se contente de dire que les diamètres étaient proportionnés au volume du fœtus, ce qui n'a aucune valeur ; n'y avait-il pas dolichocéphalie ? Cela eût été important à constater ; car, dans notre cas, il est bien probable que c'est la dolichocéphalie qui a déterminé la production précoce de la présentation de la face. Malgré ses lacunes, nous avons tenu à traduire et publier cette observation, parce qu'elle vient confirmer notre opinion que la présentation primitive de la face, non seulement existe, mais encore qu'elle est assez fréquente.

Observation III

Communiquée par M. Bar, interne de M. Tarnier. Rapportée dans la Thèse du Dr Phelippeaux. *Montpellier*, 1881.

Mutation de face en sommet, opérée quelques jours avant le travail.

Eugénie Lefort, 30 ans, journalière, département de l'Yonne. Entrée le 20 mai 1880, salle Ste-Adélaïde, n° 3. Réglée à 16 ans

et toujours bien réglée. Pas de leucorrhée. Première grossesse à 28 ans. Garçon vivant venu par le sommet et spontanément. Enfant petit, mais vivant encore. Actuellement elle est enceinte pour la deuxième fois.

Dernière époque terminée le 22 août 1879. A terme vers le 27 mai 1880. Femme très petite, visiblement rachitique. Scoliose à la région dorsale, survenue vers l'âge de 12 ans. Prétend avoir marché de bonne heure ; ne s'est pas arrêtée depuis. Bassin retréci. Diamètre promonto-sous-pubien 10,4. A son entrée, présentation du siège. Version par manœuvres externes. La tête reste en bas.

Le 22 mai 1880, par le palper abdominal on constatait la présence du front à droite, tandis qu'à gauche « le coup de hache » était très net. Immédiatement au-dessus, on trouvait le dos. Par le toucher on n'atteignait aucune partie fœtale. M. le Prof. Tarnier, prié d'examiner la femme, déclarait qu'il s'agissait là d'une présentation de la face. Deux jours après, le 24, on ne sentait plus le « coup de hache » à gauche, ni la saillie du front à droite ; mais par le toucher on reconnaissait le sommet; et la nommée Lefort accouchait naturellement d'un garçon venu en O.I.G.A.

Observation IV

Publiée par M. Léon Dumas. « *De la version en général* ». Leçons cliniques, 1885-1886. Montpellier.

Jeune femme, arrivée au huitième mois de sa première grossesse et chez laquelle le premier examen révéla nettement une présentation de la face en position M.I.G.A. Le fond de l'utérus était très élevé et très incliné à droite, tandis que le col était dirigé à gauche; le maximum des bruits du cœur s'entendait à droite et au niveau de l'ombilic; le palper abdominal constatait la présence du dos à droite ; les mouvements actifs

étaient perçus en avant et à gauche, et l'excavation était vide.

Mais ce qu'il y avait de plus intéressant dans cet examen, c'est que le palper permettait de dessiner très nettement, au-dessus du pubis et un peu vers la gauche, deux avant-bras croisés et presque tout le bras qui regardait en avant, c'est-à-dire le bras gauche. Il permettait enfin de constater les caractères et la mobilité de la tête, et surtout, du côté droit, la saillie considérable de l'occiput et la dépression profonde, en « coup de hache », qui le séparait du plan dorsal.

Il n'y avait donc pas de doute possible relativement à l'existence d'une présentation de la face en seconde position, c'est-à-dire en M.I.G.A. Je fis, bien entendu, constater ces différents signes aux élèves sages-femmes qui m'entouraient.

Quelques jours après ce premier examen, les choses étaient dans le même état, sauf que la face semblait commencer à pénétrer dans le détroit supérieur, et il me fut possible en effet de l'atteindre par le vagin. Il me sembla même, un instant, reconnaître le nez à travers le segment inférieur de l'utérus.

Mais, au bout d'une semaine environ, la tête étant encore descendue et s'étant placée dans une situation transversale, je pus, en outre des caractères précédents, constater avec la plus grande netteté la présence de l'oreille gauche derrière la paroi antérieure du segment inférieur de l'utérus.

Je recommandai de pratiquer l'exploration de temps en temps et je conseillai à la femme de se coucher le plus possible sur le côté gauche.

Trois semaines environ après, je l'examinai de nouveau un jour qui se trouva être précisément la veille de son accouchement.

Quelques contractions avaient commencé à se produire, et le col, toujours dirigé à gauche, était effacé et un peu entr'ouvert.

Le doigt, introduit dans l'orifice atteignait sans peine la partie à explorer, bien qu'elle fût encore assez élevée, et rencon-

trait la fontanelle postérieure qui regardait en avant et à gauche. Le lendemain, en effet, l'accouchement se faisait spontanément en première position du sommet.

M. Dumas accompagne cette observation des réflexions suivantes :

« Ainsi à une seconde position de la face (M.I.G.A.) était venue se substituer une première position du sommet (O.I.G.A.), changement remarquable par son étendue ; car il ne s'est pas produit uniquement par un mouvement de flexion de la tête, ce qui aurait donné lieu à une seconde position du sommet (O.I.D.P.) ; et il est venu s'ajouter à cette flexion un mouvement de rotation du fœtus tout entier, ayant amené le dos en avant et à gauche, alors qu'il regardait primitivement en arrière et à droite. Je pense que le décubitus sur le côté gauche n'a pas été étranger à ce résultat; peut-être aussi la flexion de la tête a-t-elle pu être sollicitée ou tout au moins favorisée par les explorations réitérées dont cette femme avait été l'objet et notamment par les pressions exercées avec plus ou moins de force sur l'occiput, et par plusieurs mains qui cherchaient successivement à se rendre compte de cette dépression caractéristique au palper que je signalais tout à l'heure.

« Quoiqu'il en soit, il me paraît que l'on peut, sans avoir assisté aux changements qui se sont produits, en reconstituer le mécanisme et en suivre pas à pas la succession. Tout d'abord, il est bien évident que la rotation de la tête n'a pas pu se produire au niveau du détroit supérieur et qu'elle n'a pu s'exécuter qu'à la suite de l'élévation de la

face au-dessus du détroit. Il faut donc déterminer en premier lieu la cause de cette élévation, et je crois qu'on peut la trouver dans l'influence que le décubitus à gauche a pu exercer sur la situation du siège en l'entraînant fortement vers la gauche et par suite en élevant la tête du côté de la fosse iliaque droite. Ce mouvement seul, s'accompagnant du frottement du vertex ou du front contre la ligne innominée du côté droit, ou plutôt contre le psoas correspondant, pourrait suffire à expliquer la flexion de la tête. Quant à la rotation du dos en avant, une fois la tête libre et fléchie, elle devait se produire naturellement, en vertu de la loi d'accommodation que vous connaissez parfaitement.

Une dernière remarque intéressante à faire, c'est que l'obliquité de l'utérus n'avait subi aucune modification, tandis que le fœtus changeait ainsi de place, puisque pendant le travail je trouvai encore le col à gauche et le fond à droite, et que je dus encore faire coucher la patiente sur le côté gauche pour favoriser l'engagement de la tête et la mettre à l'abri d'une nouvelle déflexion possible sous l'influence des contractions utérines.

« Eh bien ! je me suis demandé si le résultat favorable qu'a su réaliser la nature, plus ou moins aidée dans ce cas si intéressant, l'art ne pourrait pas à son tour l'obtenir par une intervention directe, et si, par une sorte de version limitée, les manœuvres externes ne pourraient pas, sinon réaliser d'emblée, du moins préparer la transformation d'une présentation de la face en présentation du sommet. »

M. Dumas décrit ensuite les manœuvres que l'on pour-

rait exécuter dans ce but. Nous les exposerons dans le chapitre consacré au traitement.

TROISIEME GROUPE

Observation I (personnelle)

Recueillie dans le service de M. Maygrier.

La nommée Berthe Kauffmann, âgée de 29 ans, secondipare, se présente dans le service, le mercredi 6 juin 1888 à 7 heures 40 du matin.

Aucun antécédent pathologique ni héréditaire, ni personnel.

Première grossesse, il y a sept ans. Premier accouchement qui s'est terminé spontanément. Ce premier enfant était une petite fille, morte d'une méningite à l'âge de 3 ans.

Actuellement deuxième grossesse. Dernières règles du 18 au 21 août 1887. Donc probablement grossesse à terme.

Aucun accident notable pendant la grossesse.

Examen. — Palper. Le palper permet de reconnaître à gauche et en avant, dans la région hypogastrique, une tumeur dure, régulière, au dessus de laquelle existe une dépression très sensible en « coup de hache ».

Du côté opposé, c'est à dire à droite et un peu en arrière, on trouve une saillie en forme de fer à cheval très nettement accusée et constituée par le maxillaire inférieur. On constate encore, en déprimant profondément la paroi abdominale, que le dos regarde à gauche et en avant. Le siège est au fond de l'utérus ; et les petites extrémités sont facilement perçues à droite.

Auscultation. — Les battements du cœur ont leur maximum d'intensité sur la ligne médiane. Ils se propagent à droite et à gauche, avec un peu plus d'intensité à droite.

Toucher. — Par le toucher, on reconnait que le col n'est pas

complètement effacé. Il est légèrement ouvert et permet à peine l'introduction du doigt. Mais à travers le segment inférieur droit de l'utérus on sent nettement les différents points de repère de la face, notamment le menton et le nez.

Cet examen permet de conclure que le travail n'est point commencé et qu'il s'agit d'une présentation de la face en M.I.D.P.

A la visite du matin, M. Maygrier pratique le toucher et constate que l'angle sacro-vertébral est facilement accessible. La mensuration donne, comme longueur du diamètre sacro-sous-pubien, 0,11 cent., sans déduction.

Les tibias présentent une légère incurvation. La malade déclare avoir commencé à marcher à l'âge habituel.

Les premières douleurs apparaissent le même jour vers midi. A 2 heures du soir : col complètement effacé.

A 4 heures : dilatation grande comme une pièce de cinquante centimes.

A 8 heures : dilatation comme une pièce d'un franc.

A 8 heures 45 : dilatation comme une pièce de deux francs.

A 9 heures 10 : dilatation comme une pièce de cinq francs.

Pendant une heure et demie la dilatation reste à peu près stationnaire.

A partir de 11 heures 30, les contractions deviennent énergiques ; et, à minuit, la dilatation a la dimension d'une paume de main.

Pendant une heure les contractions sont de nouveau faibles et peu fréquentes.

Le jeudi 7 juin, à une heure du matin, elles deviennent très fortes.

A 1 heure 15, la dilatation est complète : la poche des eaux se rompt spontanément.

Le menton, qui pendant toute la durée du travail était resté en arrière et à droite, tout en descendant quelque peu dans l'excavation, tourne brusquement d'arrière en avant et de droite à gauche, et vient se placer sous l'arcade pubienne. Par

la vulve entr'ouverte, on aperçoit la face ou du moins une partie de la face tuméfiée et violacée.

Immédiatement le menton se dégage en s'élevant vers le mont de Vénus, et on voit apparaître successivement à la commissure postérieure de la vulve la bouche, le nez, le front, le vertex et l'occiput. Le menton se tourne aussitôt vers la cuisse droite. On constate un circulaire peu serré autour du cou ; on le ramène facilement par-dessus la tête.

L'expulsion du tronc ne présente aucune difficulté.

A 1 heure 20, c'est-à-dire 5 minutes après qu'on avait constaté la dilatation complète, l'expulsion est terminée.

A 1 heure 30, délivrance naturelle.

L'enfant, du sexe féminin, pèse 3,040 gr. Sa longueur est de 48 cent.; il est dolichocéphale, et il présente dans la région temporale gauche une dépression due à la compression de cette région par l'angle sacro-vertébral.

Les diamètres de la tête sont :

Occipito-frontal........................	0,125
Occipito-mentonnier.............. ..	0,13
Bi-pariétal..............................	0,085
Bi-temporal..............................	0,075
Sous-occipito-bregmatique.........	0,095

La longueur du cordon est de 0,58 cent.

Les suites de couches ont été bonnes; la dolichocéphalie a disparu partiellement dans les jours suivants.

Ici, le diagnostic de la présentation a été fait quatre heures avant le début du travail.

L'angle sacro-vertébral était accessible.

Observation II (inédite)

Due à l'obligeance de Mme Henry.

La nommée Houry, Marie, âgée de 22 ans, de bonne constitution, est entrée à la Maternité le 15 novembre 1883, à 2 heures du soir. Réglée à 18 ans; les règles ont toujours été régulières et d'abondance normale. La dernière menstruation remonte au 15 février 1883. Donc probablement grossesse à terme. Pas d'accidents notables pendant la grossesse. Cette femme est primipare.

L'examen pratiqué immédiatement fournit les résultats suivants :

Palper. — L'excavation est vide. On trouve, au-dessus du détroit supérieur, une tumeur dure, régulière, constituée par l'extrémité céphalique. Le « coup de hache » est nettement appréciable à gauche et en avant. Le dos se trouve du même côté.

Auscultation. — Les bruits du cœur ont leur maximum d'intensité à droite.

Toucher. — Col court, entr'ouvert dans toute son étendue. Membranes intactes. Un des bords du placenta est accessible. Le doigt explorateur rencontre : à gauche et en avant, le front, le nez, les yeux; en arrière et à droite, le menton qu'il atteint assez difficilement.

Le diamètre fronto-mentonnier est dirigé suivant le diamètre oblique gauche du bassin. Il s'agit donc d'une présentation primitive de la face en M.I.D.P.

L'angle sacro-vertébral est accessible. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Les premières douleurs ne commencèrent à se manifester que le 15 novembre à huit heures du soir. Elles se succédèrent très irrégulièrement et elles furent très peu énergiques.

La dilatation fut complète le 16 novembre à 4 heures du soir.

A ce moment on rompit les membranes, et l'accouchement spontané eut lieu à 5 heures 25 du soir.

L'enfant, du sexe masculin, naquit vivant. Son poids était de 3,030 gr. Délivrance naturelle. Durée du travail : 22 heures 20 minutes.

Suites de couches compliquées d'eschares profondes.

La mère et l'enfant partirent en bon état.

Nous relevons dans cette observation les principaux points suivants :

1° Le diagnostic de la présentation a été fait 6 heures avant tout début de travail.

2° La femme était primipare.

3° Il y avait une insertion vicieuse du placenta.

4° L'angle sacro-vertébral était accessible.

5° Le travail a duré 22 heures 20 minutes.

6° Il y eut des complications pendant les suites de couches.

Observation III (inédite)

Due à l'obligeance de Mme Henry.

La nommée Bonnaire, femme Lavirode, multipare, âgée de 42 ans, d'une bonne constitution, entre à la Maternité, le 9 juin 1884 à 3 heures du soir. Cette femme a déjà eu cinq enfants qui sont nés spontanément à terme par le sommet.

Dernière menstruation du 27 août au 3 septembre 1883. Donc probablement grossesse à terme.

A son arrivée, le palper permet de constater que la tête est dans la région hypogastrique ; le dos, à gauche et en avant ; les petites extrémités, au fond de l'utérus. Entre le dos et la tête on apprécie très nettement le coup de hache.

A l'auscultation, on entend le maximum des bruits du cœur

à droite et en avant, au-dessous d'une ligne horizontale passant par l'ombilic.

Au toucher, le col est court, largement ouvert. La face se présente en M.I.D.P.

Le bassin est normal.

La malade est mise au dortoir des femmes enceintes jusqu'au 12 juin à quatre heures du matin. A ce moment elle vint à la salle d'accouchement, les premières douleurs ayant apparu vers minuit.

Un nouvel examen permet de constater que l'orifice utérin a une dilatation de la grandeur d'une pièce de deux francs. Les membranes sont rompues. Même présentation et même position.

La dilatation se fit rapidement; elle était complète à 9 h. 15 du matin. L'accouchement spontané eut lieu à 9 h. 30 du matin.

L'enfant, du sexe masculin, naquit vivant. Poids : 3,320 gr. Délivrance naturelle à 9 h. 40 minutes.

Ainsi donc, dans ce cas, le diagnostic de la présentation a été fait deux jours et demi avant le travail.

Observation IV (inédite)

Due à l'obligeance de M[me] Henry.

La nommée Vindergent, femme Mouty, âgée de 40 ans, secondipare, douée d'une bonne constitution, entre à la Maternité le 20 novembre 1884, à une heure du soir.

Menstruation régulière. Dernières règles du 15 au 18 février 1884.

Pas d'accident notable pendant la grossesse.

Palper. — On sent, engagée dans l'excavation, une tumeur dure, volumineuse et régulière, constituée par la tête. En arrière et à droite on trouve le dos; au fond de l'utérus, le

siège ; en avant et à gauche, les petites extrémités. Le « coup de hache » est difficilement appréciable.

Auscultation. — Elle donne des résultats négatifs.

Toucher. — Col court, ouvert dans toute son étendue ; membranes intactes. La partie fœtale est élevée ; néanmoins, à gauche et en avant, le doigt rencontre les arcades sourcilières et la racine du nez ; le front est au centre du bassin. On peut de cette manière diagnostiquer une présentation de la face en M.I.G.A.

Le travail se déclare vers 4 heures du soir. La dilatation est complète à 6 heures 50 du soir. L'expulsion est terminée à 7 heures 20.

Enfant mort, du sexe féminin, du poids de 2,800 gr. Délivrance normale à 7 heures 30.

Dans cette observation, le diagnostic de la présentation avait été fait 3 heures avant le travail.

Observation V (inédite)

Due à l'obligeance de Mme Henry.

La nommée Spiger, femme Vigneron, âgée de 40 ans, multipare, entre à la Maternité, le 22 février 1886.

Cette femme a déjà eu 3 enfants à terme : les deux premiers ont présenté le sommet; le troisième, la face.

Habituellement bien réglée. Dernières règles du 17 au 20 juin 1885.

Mme Henry pratique aussitôt l'examen. Au palper, la tête est à l'hypogastre; le dos est à gauche et en avant ; le coup de hache est très nettement appréciable de ce côté ; le siège est au fond de l'utérus.

A l'auscultation, le maximum des bruits du cœur s'entend à droite.

Au toucher, le col est long, ouvert dans toute son étendue ; les membranes sont intactes ; les principaux caractères de la face sont reconnaissables. Le bassin est normal.

Cette femme fut placée au dortoir des femmes enceintes, où elle resta pendant un mois, c'est-à-dire jusqu'au 25 mars 1886.

Les premières douleurs apparurent le 25 mars à 9 heures du soir.

Un nouvel examen permet de constater que le col est court, largement ouvert, les membranes rompues, et que la face s'est engagée en M.I.D.P.

Le 25 mars, à 11 heures du soir, la dilatation est complète ; l'expulsion se fait à 11 heures 10 du soir.

Enfant du sexe féminin, vivant et pesant 2,900 grammes.

Délivrance naturelle à 11 heures 30 du soir. Durée du travail : 2 heures 10.

Ici, le diagnostic de la présentation a été fait plus d'un mois avant l'accouchement.

L'accouchement précédent s'était aussi terminé par la face.

Observation VI (inédite)

Due à l'obligeance de Mme Henry.

La nommée Valter, femme Harbert, multipare, âgée de 39 ans, se présente à la Maternité le 7 mars 1887, à 9 heures du matin.

Cette femme a eu un premier accouchement qui s'est terminé par le sommet. Actuellement deuxième grossesse. Dernières règles du 2 au 4 juin 1886.

Examen. — Palper : Tête à l'hypogastre, mais défléchie. Le coup de hache est appréciable à gauche et en avant. Le dos est à gauche. Le siège et les petites extrémités sont au fond de l'utérus et à droite.

Auscultation. — Maximum des bruits du cœur à droite.

Toucher. — Col long, ouvert dans toute son étendue ; il est possible de reconnaître les divers points de repère de la face, qui se présente en M.I.D.P.

L'angle sacro-vertébral est accessible.

Cette femme est placée au dortoir des femmes enceintes. Les premières douleurs apparaissent le 7 mars à 10 heures 30 minutes du soir. La malade entre à la salle d'accouchement le 8 mars à minuit 10.

Un nouvel examen, pratiqué à ce moment, permet de constater que le col est effacé et que l'orifice a une dilatation d'une pièce de deux francs.

Les membranes sont rompues. La tête est toujours défléchie ; on atteint facilement toutes les parties constituantes de la face.

Les contractions sont fréquentes et énergiques. Après un mécanisme régulier l'accouchement se termine spontanément le 8 mars à une heure du matin.

Enfant du sexe masculin, né vivant et pesant 2,700 grammes.

Délivrance naturelle le même jour à 1 heure 15 du matin.

Suites de couches normales.

Dans le cas particulier, le diagnostic de la présentation a été fait 14 heures avant le travail.

L'angle sacro-vertébral était accessible.

Observation VII (inédite)

Due à l'obligeance de Mme Henry.

La nommée Bério, multipare, entre à la Maternité le 27 octobré 1888. Cette femme a déjà eu 3 accouchements.

Le premier s'est terminé par le sommet.

Le deuxième, par la face, en M.I.D.P. (à la Maternité).

Le troisième, par le sommet.

Elle est dans la deuxième quinzaine du neuvième mois de sa quatrième grossesse.

Palper. — Le palper permet de reconnaître que la tête est dans la région hypogastrique; le dos, à gauche et en avant. Entre le dos et la tête on apprécie nettement le coup de hache.

Toucher. — Au toucher le col est long, ouvert dans toute son étendue, très porté à gauche. La tête est élevée et mobile; cependant on atteint facilement le bregma, le front, les orbites et la racine du nez.

L'angle sacro-vertébral est accessible.

Cette femme est mise au dortoir des femmes enceintes, où elle reste pendant neuf jours.

Le 5 novembre 1888, à huit heures du matin, le travail se déclare. On constate, bientôt après, que l'orifice est grand comme une pièce d'un franc; les membranes intactes; et on reconnaît que la face se présente en M.I.D.P.

Le travail marche rapidement; à 9 heures 45, la dilatation est complète et bientôt l'expulsion se fait naturellement.

Enfant vivant, pesant 3,370 grammes. La bosse séro-sanguine siège sur toute la face.

Dans cette observation, le diagnostic a été fait 9 jours avant l'accouchement.

L'angle sacro-vertébral était accessible.

Observation VIII (inédite)

Due à l'obligeance de Mme Henry.

Présentation primitive de la face transformée en présentation du sommet au moment du travail.

La nommée Cadoret, femme Desfranciaux, âgée de 25 ans, multipare, entre à la Maternité le 3 octobre 1882 à deux heures

du soir. Cette femme a déjà eu 3 accouchements. Le premier s'est effectué en face; les deux autres, en sommet. Actuellement quatrième grossesse. Dernières règles du 27 au 29 novembre 1881.

Examen. — *Palper.* Utérus remontant au-dessous des fausses côtes. On apprécie très nettement le « coup de hache ».

Auscultation. — Les bruits du cœur ont leur maximum d'intensité à droite.

Toucher. — Col très petit, ouvert dans toute son étendue. La partie fœtale est assez élevée; on atteint les arcades orbitaires, le nez, la bouche, le menton qui est à droite et en arrière.

En résumé, présentation de la face en M.I.D.P.

Les premières douleurs apparaissent le 3 octobre 1882 à dix heures du soir.

Un nouvel examen permet de constater que la tête est un peu plus engagée et qu'elle commence à se fléchir.

Le 4 octobre, à trois heures du matin, dilatation complète, rupture spontanée des membranes et écoulement de 8 à 900 gr. de liquide amniotique.

Le toucher pratiqué à ce moment permet de sentir la tête bien engagée et fléchie. A la présentation de la face s'est substituée une présentation du sommet en O.I.G.A.

Le travail marcha rapidement; l'accouchement se termina spontanément à 3 heures 20 du matin.

Enfant du sexe masculin pesant 4,160 gr.

Délivrance naturelle à 3 heures 35, c'est-à-dire quinze minutes après l'expulsion du fœtus.

Suites de couches compliquées d'eschares profondes.

La mère et l'enfant partirent en bon état le 12 octobre 1882.

Dans ce cas la quantité de liquide amniotique était assez grande. La présentation de la face s'est transformée en présentation du sommet, au début du travail.

CHAPITRE III

Étiologie.

La plupart des auteurs, qui ont recherché les causes de la présentation de la face, ont formulé des opinions diverses, qui peuvent s'appliquer aux cas de présentation secondaire ; mais, quand il s'agit d'expliquer le mécanisme de la production de la présentation primitive, ils se déclarent impuissants à le faire.

Crousse, Decazis, Forcade, Depaul, Cazeaux, Schröder, Nægelé et Grenser, Tarnier et Chantreuil avouent ne pouvoir donner d'explication plausible.

Ahlfeld étudie séparément les causes des présentations de la face chez les primipares et chez les multipares ; et il les distingue en causes primordiales, c'est-à-dire susceptibles d'agir pendant la grossesse, avant tout début de travail ; et en causes secondaires, n'intervenant et n'agissant qu'au moment du travail.

Voici le tableau des causes admises par Ahlfeld, tel que nous le trouvons dans le traité d'accouchements de M. Charpentier (p. 248).

Causes primordiales. — Primipares.

a. Tumeurs du cou et de la partie supérieure du thorax. Strumes congénitales.

b. Circulaires autour du cou.

c. Stricture de l'utérus, étranglement de l'utérus correspondant à la région du cou.

d. Développement exagéré de la tête ou du thorax par rapport à la longueur normale du fœtus. Augmentation totale du poids du fœtus.

e. Absence du cou chez le fœtus.

f. Dolichocéphalie, à la condition que le volume de la poitrine soit normal, ou au-dessus de la normale.

g. Brièveté du cordon qui, tirant sur le front en arrière, amène l'extension de la tête.

h. Grossesse gémellaire, les deux fœtus étant en présentation longitudinale, ou l'un des deux en long et l'autre en travers.

i. Acranie ou hémicéphalie.

Causes primordiales. — Multipares.

a. Éloignement déjà normal du menton de la poitrine, 1[er] degré d'extension.

b. Quantité exagérée du liquide amniotique et petit volume du fœtus, amenant la mobilité exagérée de la tête.

c. Mort du fœtus dans l'utérus (asphyxie, mort récente, macération).

d. Obliquité utérine.

e. Présentation du plan latéral du fœtus et surtout du ventre.

f. Écoulement rapide du liquide amniotique.

g. Modifications brusques de la situation des femmes enceintes, dans les présentations obliques et ventrales.

Causes secondaires. — Multipares.

Elles n'existent pas chez les primipares.

a. Contraction anormale de l'orifice interne qui s'oppose à l'engagement du cou.

b. Tumeurs utérines ou péri-utérines.

c. Placenta prævia.

d. Rigidité et tuméfaction d'une des deux lèvres du col.

e. Obstacles formés par la ligne innominée.

1° Le fœtus descend perpendiculairement, l'axe fœtal est parallèle à la colonne vertébrale ; si par une cause primordiale il existe une saillie de l'occiput, cet occiput reste arrêté par la ligne innominée, et pendant que le front descend, il remonte vers le dos.

2° Le fœtus est oblique par rapport au détroit supérieur, il se fait alors une présentation du front ou de la face, suivant que le ventre regarde plus ou moins directement en bas ; et alors, ou l'occiput reste sur la ligne innominée, ou c'est le front qui se trouve arrêté.

f. Procidence d'un bras, plus rarement d'un pied.

g. Les épines iliaques sont trop volumineuses, trop longues ; ligaments et tubérosités ischiatiques ; faible inclinaison du bassin. Ces causes arrêtent l'occiput.

i. Exostoses et tumeurs du bassin.

j. Persistance de l'hymen. Atrésie de la vulve ! !

L'hémicéphalie amène toujours la présentation de la face et non celle du front.

Comme dans l'étude des causes, invoquées par les auteurs pour expliquer les présentations secondaires, il s'en trouve quelques-unes qui nous semblent susceptibles d'agir aussi bien avant le travail qu'au moment du travail, nous ne croyons point devoir adopter l'ordre suivi par Ahlfeld.

Nous emprunterons, tout en y apportant quelques modifications, le plan suivi par Devars dans sa thèse sur les présentations du front (Lyon, 1885), et nous examinerons successivement les causes de la présentation primitive de la face qui tiennent :

1° Aux organes maternels.

2° Aux annexes du fœtus.

3° Au fœtus lui-même.

A. — CAUSES TENANT AUX ORGANES MATERNELS

Nous n'aurons en vue que :

1° L'utérus.

2° Le bassin.

A. — CAUSES DÉPENDANT DE L'UTÉRUS

1° — *Multiparité.*

Appliquée à l'ensemble des présentations de la face, primitives ou secondaires, l'influence de la multiparité a été diversement interprétée par les auteurs. Braun, Spæth, Birnbaum, Siebold estiment que la présentation de la face est plus fréquente chez les primipares que chez les multipares.

Schröder, Nægelé et Grenser, et d'autres pensent au contraire qu'elle est aussi fréquente chez les unes que chez les autres.

Cependant tous les auteurs anciens et beaucoup de modernes, en particulier Winckel, Tarnier et Chantreuil, Pinard, déclarent qu'elle est plus fréquente chez les multipares.

M. Martel, dans sa thèse d'agrégation (1878), a généralisé cette opinion en disant : « Les présentations irrégulières sont plus fréquentes chez les multipares que chez les primipares ; c'est un fait d'observation ».

On peut voir que parmi les femmes qui font le sujet de nos observations, le nombre des multipares dépasse de beaucoup celui des primipares.

L'influence de la multiparité étant admise, il reste à expliquer comment elle s'exerce.

Nous emprunterons notre réponse au livre de Tarnier et Chantreuil : « Il est probable, disent-ils, qu'en modi-

fiant la forme de la cavité utérine, elle favorise les présentations du sommet moins énergiquement que la primiparité, ce qui revient à dire qu'elle augmente les chances d'une présentation de la face toutes les fois que le fœtus se présente par l'extrémité céphalique ».

2° — *Obliquité utérine.*

On sait que l'utérus gravide, en s'élevant dans la cavité abdominale, subit généralement une déviation latérale, et souvent droite. Cette obliquité est très fréquente puisque sur 100 femmes prises au hasard, MM. Dubois et Pajot l'ont constatée chez 80 d'entre elles, c'est-à-dire chez les quatre cinquièmes.

Aussi regarde-t-on à peu près cette obliquité comme normale ; mais à côté de cette obliquité normale, il y a une obliquité pathologique, qui n'est souvent qu'une exagération de la première et qu'on rencontre surtout chez les multipares. Cette obliquité, qui chez elles doit être attribuée à la distension et à l'affaiblissement de la paroi abdominale, était considérée par les anciens comme la principale et l'une des plus puissantes causes de la présentation de la face. Toutefois, selon eux, son influence ne s'exerçait qu'au moment du travail.

Gardien et M[me] Lachapelle contestèrent les premiers l'influence de cette obliquité. Ils déclarèrent que, s'il n'y avait point une disposition première du fœtus, l'obliquité utérine ne suffirait point pour produire la présentation de la face. Ils ne pouvaient expliquer quelle était cette disposition première du fœtus et comment elle se produi-

sait. Aujourd'hui nous savons, grâce aux recherches de M. Pinard qu'à côté de l'accommodation du travail il existe une accommodation de la grossesse, accommodation en vertu de laquelle il y a normalement, vers la fin de la grossesse, parallélisme, conjonction, pénétration des trois axes : axe utérin, axe fœtal, axe pelvien. Ne peut-on pas, dès lors, attribuer à l'obliquité utérine, un rôle dans l'absence d'accommodation pelvienne, qui pour cet auteur est la cause prédisposante principale de la présentation de la face ? En effet dans les cas d'obliquité utérine accentuée, l'axe fœtal, tout en concordant avec l'axe utérin, n'est plus parallèle à l'axe pelvien ; et alors sous l'influence d'une cause occasionnelle, la présentation de la face peut se produire à une époque quelconque de la grossesse.

Cette opinion a été très bien exprimée par M. Martel en des termes que nous reproduisons textuellement :

« Supposons le fœtus au contact du détroit supérieur par son extrémité céphalique, plus ou moins obliquement dirigée, ce qui rend son engagement difficile ; qu'un effort, qu'une position prise brusquement par la mère agisse sur son plan postérieur, la déflexion sera produite et la face prendra la position du sommet. En effet, l'extension de la colonne étant nulle à la région dorsale et impossible à la région lombaire à cause de la flexion des membres inférieurs en avant, tout l'effet de cette pression postérieure s'exercera sur la région cervicale qui peut seule exécuter ce mouvement d'extension. En un mot, les présentations de la face nous paraissent amenées par un choc extérieur, par une con-

traction musculaire brusque de la paroi abdominale s'exerçant en avant et ne pouvant pas produire un changement complet dans les rapports du fœtus avec la cavité utérine à cause de l'accommodation de forme et de direction qui existent déjà, mais pouvant au contraire changer les rapports de la tête avec le détroit abdominal, puisque cette accommodation n'avait pu se faire pour une cause ou pour une autre, un rétrécissement du détroit, par exemple. »

3° — *Vices de conformation de l'utérus.*

A Strasbourg, dans la 58e réunion de l'assemblée des naturalistes et médecins allemands (1885. Section de Gynécologie), Schatz, appliquant aux présentations de la face les considérations émises par Herrgott sur la relation qui existe entre certaines malformations utérines et les présentations de l'épaule, a rapporté deux cas de présentation de la face, qui lui semblaient intéressants au point de vue étiologique. Dans ces deux cas, en effet, le fond de l'utérus présentait une ensellure médiane et deux cornes : c'était un utérus cordiforme. Par suite de cette conformation l'utérus n'est plus long, mais large ; et sa hauteur est moins grande. Aussi le fœtus à une période avancée de la grossesse ne peut s'y loger qu'à condition de se tasser sur lui-même, en s'infléchissant le plus souvent, il est vrai, sur le plan ventral, mais quelquefois aussi sur le plan dorsal, et alors se produit la déflexion de la tête, c'est-à-dire la présentation de la face.

Bayer et Freund qui parlèrent après Schatz déclarèrent que pour eux aussi la forme de l'utérus joue le principal rôle dans la production de la présentation de la face.

4° — *Tumeurs de l'utérus.*

Dans la même communication Schatz déclara qu'une tumeur utérine pouvait produire la présentation de la face par le même mécanisme que l'utérus cordiforme. On conçoit en effet que ces diverses circonstances peuvent s'opposer à l'accommodation et produire l'extension de la tête.

B. — CAUSES DÉPENDANT DU BASSIN

Nous n'avons pas l'intention d'examiner toutes les viciations du bassin. Nous n'aurons en vue que le cas le plus fréquent, c'est-à-dire celui où l'angle sacro-vertébral est accessible.

Cette cause avait été signalée depuis longtemps et particulièrement étudiée par Winckel, qui sur 400 présentations de la face a trouvé 87 bassins rétrécis, parmi lesquels figurent toutes les variétés de déformation.

MM. Tarnier et Chantreuil disent : « Les relevés de Pinard et notre propre observation ne nous permettent pas d'attribuer au rétrécissement du bassin une influence aussi grande que celle qui leur est accordée par Winckel. Nous ferons remarquer en outre que cette influence ne

saurait se manifester sans être associée à d'autres causes, à l'obliquité utérine par exemple ».

Nous noterons cependant que dans la plupart des observations de présentation primitive de la face, que nous avons réunies, l'angle sacro-vertébral était accessible.

L'explication de ces faits nous semble toute naturelle. En effet, tous les accoucheurs sont unanimes à reconnaître que la tête tend à s'engager dans l'excavation pendant les derniers temps de la grossesse. Il nous semble rationnel d'admettre qu'à ce moment la tête, si elle rencontre un obstacle, comme un angle sacro-vertébral proéminent, peut non seulement être arrêtée, mais se défléchir et, une fois défléchie, rester dans cette situation.

Or comme ce fait se produit pendant les trois derniers mois de la grossesse chez les primipares, pendant le dernier mois chez les multipares, il en résulte une présentation de la face que nous avons bien le droit d'appeler primitive puisqu'elle se produit longtemps avant l'accouchement et qu'elle persiste jusqu'au moment du travail.

B. — CAUSES TENANT AUX ANNEXES DU FŒTUS

1° — *Hydramnios.*

Gardien qui, contrairement à l'opinion de ses prédécesseurs, croyait que la déflexion de la tête était antérieure au travail, considérait comme une des causes de

la présentation de la face, la présence d'une très grande quantité d'eau dans la cavité amniotique : fait qui, selon lui, augmentait la mobilité du fœtus.

Capuron partagea son opinion.

Nous la retrouvons d'ailleurs exprimée dans la thèse inaugurale de Decazis : « Il n'est pas impossible alors que par le fait de cette facilité plus grande à se mouvoir, l'enfant, dans un de ses mouvements brusques et énergiques, puisse parvenir à produire l'extension de la tête, qui conservera dès ce moment cette nouvelle position jusqu'à la fin de l'accouchement ».

Le fait est possible ; mais nos observations ne nous ont fourni aucun renseignement sur ce point, excepté toutefois un des cas de Dubois et Désormeaux.

2° — *Placenta prævia.*

Un placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus peut apporter à l'accommodation l'entrave que nous avons attribuée à l'utérus cordiforme ou à une tumeur quelconque de l'utérus. C'est lui qui semble devoir être mis en cause dans le cas de présentation primitive qui fait l'objet de l'obs. II (3e groupe). Cependant dans ce cas il y avait en même temps rétrécissement du bassin.

3° — *Cordon ombilical.*

Ici encore nos observations ne nous fournissent aucun renseignement. Nous pouvons admettre avec Winckel que le cordon, faisant une anse sur le front et la tête du

fœtus d'avant en arrière, attire obliquement en haut et en arrière le front et produit ainsi la déflexion de la tête.

Cette anomalie, quand elle existe, peut aussi bien se produire avant le travail. La brièveté du cordon, naturelle ou obtenue par le fait d'un ou de plusieurs circulaires, pourrait peut-être produire le même résultat. Cette cause ne pourrait-elle pas être incriminée dans le cas de notre observation I (3e groupe) ?

C. — CAUSES TENANT AU FŒTUS

1° — *Volume et poids du fœtus.*

Les anciens croyaient que la petitesse du fœtus prédispose aux présentations de la face. Mais les recherches de Pinard et de beaucoup d'auteurs ont démontré que le poids des enfants qui naissent par la face est supérieur d'environ 100 grammes à celui des enfants qui naissent par le sommet.

Le mécanisme de la déflexion de la tête trop volumineuse doit être le même que celui qui se produit dans les cas où une tête normale rencontre un bassin rétréci.

Notons aussi que cette cause peut expliquer pourquoi dans les présentations de la face on rencontre un plus grand nombre de garçons que de filles, puisqu'il est généralement admis que le poids moyen des garçons est supérieur à celui des filles.

2° — *Dolichocéphalie.*

La dolichocéphalie, à laquelle Hecker a fait jouer un rôle important dans la production de la présentation de la face, est un type de conformation particulière du crâne dans lequel la tête est en général moins haute et présente une dépression dans la région de la grande fontanelle, tandis que l'occiput est plus développé et se prolonge davantage en arrière.

Tandis que Hecker considère la dolichocéphalie comme antérieure au travail, Winckel, d'Helly, de Briesky, Stadsfeldt, Depaul, Budin, Tarnier et Chantreuil, la considèrent comme secondaire, c'est-à-dire produite par le passage du crâne à travers l'excavation pelvienne, lorsque la face y descend la première. Ils appuient leur opinion sur ce fait que cette conformation du crâne ne persiste pas après l'accouchement.

Nous admettons qu'il en est ainsi dans la majorité des cas. Cependant il est indéniable qu'il existe une dolichocéphalie congénitale, et que cette dolichocéphalie peut entraver l'engagement de la tête et produire déjà pendant la grossesse une déflexion qui persistera jusqu'au moment du travail. Telle est la cause incriminée par M. Olivier dans les deux faits qu'il a rapportés et que nous avons cités.

Il est possible que ce soit une cause rare de la présentation de la face, mais il ne faut pas oublier que la présentation de la face est relativement rare.

3° — *Causes pathologiques.*

Les anomalies de développement de la tête (encéphalocèle, hydrocéphalie, anencéphalie, etc.); les attitudes vicieuses de la tête, produites soit par des cicatrices, soit par des brides amniotiques, soit par une rétraction musculaire, soit encore par une déviation de la colonne cervicale ; enfin, les tumeurs du cou (kystes de la région antérieure, goitre congénital) peuvent aussi produire la déflexion de la tête pendant la grossesse : et cette déflexion, dans ces cas, sera évidemment permanente.

Ces faits, qui sont assez rares, ont été observés par quelques auteurs. Tout dernièrement, M. Auvard a publié dans les *Archives de Tocologie*, août 1888), un cas de présentation du front, déterminée par un torticolis congénital. M. Bar a observé plusieurs faits, qu'il se propose de publier bientôt, dans lesquels la présentation de la face a été produite pendant la grossesse par quelques-unes des anomalies que nous venons de signaler.

Nous mentionnerons encore, en terminant, la *grossesse gémellaire*, qui a été considérée par beaucoup d'auteurs, et en particulier par M. Pinard, comme une des causes de la présentation de la face. Nous relèverons, sans plus amples commentaires, l'interprétation donnée par Schatz à son influence. Il la considère comme analogue à celle exercée par l'utérus cordiforme, principalement dans l'hypothèse où le second jumeau se trouve

placé au-dessus du dos du premier, de telle façon que seule l'incurvation sur le plan dorsal soit possible.

Nous avons omis à dessein les cas d'*accouchement prématuré* et ceux de *fœtus mort et macéré*, dont nous avions cependant relevé une observation dans les registres de la Maternité.

Nous avons aussi négligé beaucoup d'autres causes invoquées par les auteurs comme susceptibles de produire pendant la grossesse la déflexion de la tête, parce que ces causes n'étaient étayées que sur des considérations physiologiques et des déductions théoriques auxquelles l'expérience n'a point apporté une consécration nécessaire en clinique.

Que conclurons-nous de cette étude étiologique? Les causes que nous avons décrites peuvent se diviser en deux groupes : d'une part, celles que nous avons pu relever comme ayant exercé une influence dans les cas que nous avons relatés ; d'autre part, celles dont le rôle n'est pas encore établi d'une façon nette, mais cependant paraît très admissible.

Nous devons ajouter que toutes ces causes n'ont été généralement considérées que comme des causes prédisposantes dont l'action ne peut s'exercer que sous l'influence de la contraction utérine; et ici la plupart des auteurs semblent avoir oublié que la contraction utérine se manifeste pendant une grande partie de la grossesse. D'ailleurs, comme nous l'avons déjà dit, l'influence de ces causes doit être mise en jeu au moment où le fœtus, ne trouvant plus de place dans la cavité abdominale, s'engage dans l'excavation, c'est-à-dire au moment où

l'axe fœtal et l'axe utérin, qui sont déjà parallèles, doivent tendre à s'accommoder avec l'axe pelvien. Par suite d'une ou de plusieurs de ces causes associées, l'accommodation ne peut se faire, et par conséquent il en résulte une présentation vicieuse qui peut être une face. Dans ce cas, la présentation se produisant pendant la grossesse, c'est à proprement parler, une présentation primitive.

Nous savons qu'il est difficile de prendre la nature sur le fait, d'autant plus que les femmes ne se présentent souvent à nous qu'au moment de l'accouchement. Cependant le résultat n'en existe pas moins, ainsi que le prouvent tous les documents groupés dans notre chapitre II; et les causes que nous avons décrites nous ont semblé avoir produit dans certains cas, et pouvoir produire dans d'autres, ce résultat indéniable puisqu'il repose sur des constatations cliniques.

Quoi qu'il en soit, cette question étiologique présente encore bien des points obscurs que l'observation seule pourra éclairer.

CHAPITRE IV

Signes et Diagnostic.

Est-il possible de reconnaître pendant la grossesse la présentation de la face? Cette question n'est plus discutable depuis que M. Pinard a montré le rôle important que doit jouer, au point de vue du diagnostic, le palper abdominal. En effet à côté des deux moyens d'exploration jusqu'alors connus, l'auscultation et le toucher, M. Pinard a placé le palper, complétant ainsi, suivant son expression, « le trépied obstétrical ». Et ce nouveau moyen d'investigation a pris pendant la grossesse une importance considérable. C'est donc lui qui nous donnera les meilleures indications pour le diagnostic de la présentation primitive de la face. Cependant nous verrons que l'auscultation nous sera de quelque utilité et qu'assez souvent aussi le toucher pourra éclairer le diagnostic.

Nous allons étudier successivement les indications que nous donnent le palper, l'auscultation et le toucher.

I. — PALPER

Après avoir permis de constater que généralement l'excavation est vide, le palper fera reconnaître au-dessus

du détroit supérieur la présence de l'extrémité céphalique.

Mais tandis que dans la présentation du sommet on sent une légère dépression entre le dos et la tête ; dans la présentation de la face, l'occiput étant renversé sur le dos, il en résulte une dépression considérable en « coup de hache », facilement appréciable par le palper. Cette dépression forme un vaste sinus que MM. Tarnier et Chantreuil considèrent comme caractéristique: « Chaque fois que nous avons pu rencontrer ce sinus, disent-ils, nous avons pu sûrement établir le diagnostic ».

« De plus, dans la présentation de la face, dit M. Pinard, la tumeur céphalique paraît n'occuper qu'un côté ou plutôt qu'une moitié du bassin ; très arrondie, très volumineuse, très accessible d'un côté, elle semble manquer de l'autre. Portant alors la main au fond de l'utérus on trouve à ce niveau, mais généralement du côté où la tumeur pelvienne est plus saillante, le siège qu'on reconnaît à ses caractères. »

Cependant M. Budin, dans sa thèse inaugurale, a montré que dans certains cas on peut sentir du côté opposé à la tumeur accessible une saillie en fer à cheval, nettement caractérisée et constituée par le maxillaire inférieur et le menton. Nous ferons remarquer que dans notre observation I, 3e groupe, nous avons pu constater ce signe qui n'est pas toujours facilement appréciable. Après avoir trouvé la tête et le siège, il faut chercher le dos. Mais, par suite de l'inflexion du fœtus sur son plan dorsal, la recherche du dos présente quelques difficultés. Voici comment M. Pinard conseille de faire cette

exploration : « Pour bien suivre et apprécier le plan résistant, il est indispensable de déprimer lentement et profondément la paroi abdominale ; car cette surface résistante et continue semble s'enfoncer dans la cavité abdominale, tandis que les parties superficielles s'offrent facilement à la main. En opérant convenablement on explore assez bien l'un des plans latéraux et l'on ne tarde pas à reconnaître que la portion de la sphère céphalique plus accessible est en rapport avec le dos ».

Ainsi donc, tandis que dans la présentation du sommet la portion de la sphère céphalique la plus accessible ne se trouve pas du même côté que le dos; dans la présentation de la face, portion accessible de l'extrémité céphalique et dos sont du même côté. De plus, tandis que dans la présentation du sommet, il n'existe qu'une légère dépression entre le dos et la tête; dans la présentation de la face, cette dépression est considérable. Ces deux signes sont considérés comme pathognomoniques : le premier, par M. Pinard ; le deuxième, par MM. Tarnier et Chantreuil.

Pour ces auteurs, le diagnostic des présentations de la face peut se faire grâce au seul palper. Tel n'est pas cependant l'avis de M. Charpentier qui estime qu'on ne peut dans l'immense majorité des cas, arriver à ce diagnostic qu'en combinant le palper et l'auscultation. Nous reviendrons sur cette opinion quand nous aurons parlé de l'auscultation.

Ajoutons qu'une fois la présentation reconnue, on peut faire assez exactement le diagnostic de la position ; il suffit de se rappeler que lorsque le dos est tourné du côté gauche, le menton regarde à droite, et *vice versâ*.

II. — AUSCULTATION

Depaul, qui fut le grand promoteur de l'auscultation obstétricale, ne croyait pas que l'on pût reconnaître la présentation de la face à l'aide de l'auscultation.

Devilliers a fait remarquer que la face s'engageant moins facilement que le sommet, les battements du cœur seront plus élevés, mais ils resteront toujours au-dessous, ou tout au plus au niveau de la ligne horizontale qui divise l'utérus en deux parties égales.

De plus, comme l'indique très bien M. Ribemont-Dessaignes, dans la présentation de la face, la tête étant dans l'extension et l'occiput appliqué contre le dos du fœtus, ce dos ne se trouve plus appliqué contre la paroi utérine ; c'est le plan antérieur du fœtus, qui est en contact avec cette paroi.

Les battements du cœur, se trouveront donc directement transmis à l'oreille par la région cardiaque du fœtus, et non plus par la région dorsale. Le palper sera donc ici en désaccord avec l'auscultation.

M. Charpentier, qui, comme nous l'avons dit plus haut, ne croit pas qu'il soit possible de reconnaître la présentation de la face par le palper seul, pense que l'on peut y arriver en l'associant à l'auscultation.

Dans son traité d'accouchement, il exprime ainsi cette opinion : « Mais, tandis que si l'on a affaire à une présentation de l'extrémité céphalique fléchie, le maximum s'entend du côté où se trouve le dos ; dans la présentation de la face, le maximum sera transmis, non plus par le

dos, mais par le plan antérieur du fœtus. Il y aura donc ainsi une désharmonie apparente entre les signes fournis par le palper et ceux fournis par l'auscultation; et cette désharmonie permettra de reconnaître, non seulement la présentation de la face, mais de déterminer la présence, à droite ou à gauche, du point de repère fœtal, le menton, et par conséquent la position.

« Pour nous résumer donc, on trouve les caractères de la présentation de l'extrémité céphalique ; mais, tandis que dans la présentation de l'extrémité céphalique fléchie, on trouve : le dos étant à gauche, le maximum des bruits du cœur à gauche; le dos étant à droite, le maximum à droite; dans la présentation de la face, c'est-à-dire la tête défléchie, on trouve ; dos à gauche, maximum à droite ; dos à droite, maximum à gauche ; et cette discordance entre le palper et l'auscultation permet de soupçonner une présentation de la face, le toucher venant confirmer définitivement ces soupçons. »

Nous conviendrons que les signes fournis par l'auscultation dans la présentation primitive de la face, ne présentent rien de bien caractéristique, si nous en exceptons toutefois l'emploi combiné du palper et de l'auscultation préconisé par M. Charpentier.

III. — TOUCHER

La plupart des auteurs enseignent que, dans le cas de présentation de la face, le toucher ne peut guère donner, avant le travail, qu'un résultat négatif; car générale-

ment il permet de constater que la partie qui se présente est très élevée et que l'excavation est vide.

Cependant, ainsi que le démontrent nos observations, le doigt explorateur peut parfois atteindre avant le travail, les différentes parties qui constituent la face, soit à travers les membranes, si l'orifice interne du col est ouvert, soit à travers le segment inférieur de l'utérus, s'il est fermé.

Dans le premier cas, il pourra rencontrer la fontanelle antérieure ou la suture coronale, et, en suivant celle-ci, il arrivera sur la racine du nez et les arcades sourcilières. Si au contraire le col est fermé, le doigt pourra, à travers le segment inférieur de l'utérus, reconnaître les principaux repères de la face, notamment le nez, le front et le menton.

De l'étude de ces divers moyens d'exploration nous concluons que le meilleur, au point de vue du diagnostic de la présentation primitive de la face, c'est le palper.

Toutefois assez souvent l'auscultation associée au palper et le toucher peuvent aider au diagnostic. D'ailleurs le toucher apporte souvent au diagnostic un complément utile ; car il peut permettre de reconnaître la cause de la présentation ainsi que nous l'avons noté dans plusieurs de nos observations.

Il ne faudra pas oublier que les commémoratifs et l'examen général de la malade peuvent fournir des renseignements utiles pour le diagnostic étiologique.

CHAPITRE V

Pronostic.

Certes nous sommes loin de l'opinion des accoucheurs du XVIIe et du XVIIIe siècle, à qui la présentation de la face inspirait une grande appréhension.

Mme Lachapelle, suivant l'exemple déjà donné par Portal et Smellie, réagit contre cette tendance; mais elle nous semble avoir été trop loin quand elle a dit: « Somme totale, j'affirme que de deux sujets d'égale force et offrant la même liberté des passages, enfin dans des circonstances semblables, celui dont l'enfant offrira la face accouchera au moins aussi facilement que celui dont l'enfant offrira le vertex ».

Entre le pessimisme des premiers et l'optimisme outré de Mme Lachapelle il y a place pour une opinion intermédiaire qui semble d'ailleurs avoir été adoptée par tous les auteurs modernes.

Toutes les statistiques s'accordent à reconnaître que les présentations de la face comportent un pronostic moins favorable que celles du sommet pour la mère et pour l'enfant.

Nous allons étudier rapidement les divers points de ce pronostic :

A. — *Pronostic relatif à la mère.*

Ce pronostic semble aggravé par trois ordres de causes :

1° Durée plus grande du travail et accidents qui peuvent en résulter.

2° Complications survenant par le fait de la cause même de la présentation.

3° Nécessité plus fréquente d'une intervention.

I. — Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître que l'accouchement par la face a une durée plus longue que l'accouchement par le sommet.

Cette longueur du travail dépend de plusieurs conditions :

1° La tête défléchie offre un volume plus considérable que la tête fléchie ; c'est pourquoi elle reste plus longtemps élevée.

2° Les os de la face ne sont point susceptibles de réduction, comme ceux de la voûte du crâne ; aussi celle-ci ne présente pas comme le sommet une forme lisse, arrondie, qui lui permette de s'engager facilement.

3° Par suite de cette forme irrégulière, la face ne peut se mouler aussi exactemeut sur le segment inférieur que le sommet, ce qui rend la dilatation plus lente.

4° Le mouvement de rotation se produit aussi plus tardivement que dans la présentation du sommet parce que la tête ne plonge pas aussi complètement dans l'excavation.

5° Les effets des contractions utérines, agissant sur

une plus grande étendue dans la présentation de la face que dans celle du sommet, auront besoin d'être plus énergiques pour avoir la même efficacité.

Outre l'épuisement des forces maternelles, la longueur du travail peut amener le ralentissement et même la disparition des contractions, ou bien un tétanisme utérin, lequel peut lui-même produire une rupture. Elle peut encore amener une inertie utérine, et de plus, si la tête doit rester longtemps au détroit inférieur, il peut en résulter une compression des parties molles du bassin qui sera le point de départ d'eschares, d'ulcérations et même de fistules.

Il ne faut pas oublier non plus qu'au moment du dégagement de la tête, le périnée est plus fortement menacé que dans toute autre présentation.

II. — Les rétrécissements du bassin, l'insertion vicieuse du placenta, le volume de la tête fœtale, la dolichocéphalie peuvent encore accroître le nombre des complications possibles.

III. — Enfin les dangers intrinsèques, que peut présenter quelqu'une de ces complications, nécessitent souvent une intervention (rotation artificielle, forceps, version, basiotripsie) qui assombrit encore le pronostic.

B. — *Pronostic relatif au fœtus.*

Pour le fœtus, le pronostic est encore moins favorable que pour la mère. Nous n'insisterons pas sur les inconvénients que présente la situation spéciale de la bosse

séro-sanguine. On sait en effet que dans le cas d'accouchement par la face, cette bosse séro-sanguine donne à toute la face une lividité considérable, qui, comme dans l'observation plaisamment racontée par Mauriceau, fait ressembler l'enfant plutôt à un Éthiopien qu'à un Européen. C'est là une déformation plastique, sur l'avenir de laquelle le médecin pourra rassurer la mère. Il ne faut pas oublier toutefois que cette ecchymose peut s'étendre jusque sous la conjonctive oculaire ou palpébrale ; et cette dernière ecchymose, qui persiste souvent pendant quelques semaines, a été considérée par M. Depaul comme pouvant prédisposer à une ophtalmie.

Nous n'insisterons pas non plus sur la dolichocéphalie passagère que peut produire l'accouchement par la face, puisqu'elle disparaît rapidement après l'accouchement.

Nous ne parlerons pas davantage de la nécessité où l'on se trouve parfois de sacrifier la vie de l'enfant pour sauver celle de la mère.

Nous énumérerons seulement les causes qui peuvent amener spontanément la mort du fœtus.

Avec Tarnier et Chantreuil, nous admettrons que cette mort peut être produite par trois facteurs principaux :

1° La compression de la tête.

2° La compression du cordon.

3° La compression des vaisseaux du cou.

a) Nous avons dit que bien souvent la compression de la tête limitait son action aux parties superficielles ; mais parfois à ces lésions superficielles correspondent des lésions profondes du côté de l'encéphale, lésions qui peuvent être mortelles.

b) La compression du cordon, par suite de procidence ou de circulaires, peut aussi amener la mort de l'enfant.

c) Mais c'est surtout à la compression des vaisseaux du cou qu'est due cette terminaison fatale dans la présentation de la face.

Nous empruntons au professeur Depaul les lignes suivantes :

« C'est surtout la situation que la tête occupe dans les présentations de la face qui fait bien comprendre pourquoi le pronostic est moins favorable, quant à l'enfant, que dans la présentation du sommet. La tête est fortement renversée en arrière de telle sorte que la partie antérieure de la colonne vertébrale, dans la région cervicale, forme une convexité antérieure, tandis que la partie postérieure représente une concavité dans laquelle repose la concavité occipitale de la tête défléchie. Cette région postérieure, protégée par le crâne contre les pressions de l'orifice utérin et du pourtour du bassin, n'offre d'ailleurs rien de fragile : il y a des muscles, des filets nerveux et quelques vaisseaux insignifiants ; tandis que la partie antéro-latérale renferme des parties importantes, les carotides et les jugulaires plus superficielles encore. Si les grosses veines, qui rapportent le sang du crâne et du cerveau vers le cœur, sont comprimées pendant un temps un peu long, il en résultera un trouble dans la circulation encéphalique, et si ce trouble est poussé assez loin, il pourra produire une congestion et même une hémorrhagie. »

Ces considérations, toutes basées sur l'expérience clinique, établissent nettement que le pronostic de la pré-

sentation de la face, est moins favorable que le pronostic de la présentation du sommet.

Nous accordons cependant qu'assez souvent l'accouchement par la face se termine spontanément et heureusement.

Mais enfin, elle expose plus que la présentation du sommet à des complications qui nécessitent l'intervention. Or, comme le dit très bien le Prof. Pajot dans la préface du traité de M. Pinard : « En fait d'opérations obstétricales, mieux vaut éviter que réussir ».

Peut-on « éviter » dans le cas de présentation primitive de la face ? Nous croyons pouvoir répondre affirmativement, si nous laissons de côté les cas exceptionnels de déflexion permanente et irréductible de la tête, produite par les causes pathologiques d'origine fœtale que nous avons signalées. Nous allons, dans le chapitre suivant, indiquer les moyens qui permettent d'arriver à ce résultat.

CHAPITRE VI

Traitement.

En abordant le chapitre du traitement nous devons dire que parfois la présentation de la face, constatée pendant la grossesse, ne persiste pas jusqu'à l'accouchement. Dans ces cas il se fait une mutation de la présentation de la face en présentation du sommet, ainsi que Valenta en rapporte plusieurs exemples. Il peut encore se produire une réduction sous l'influence des premières contractions utérines. L'une et l'autre peuvent se faire suivant deux modes. Dans le premier la transformation se produit par une simple flexion de la tête (obs. III, 2e groupe et obs. VIII, 3e groupe). Dans le deuxième, elle s'accomplit non seulement par un mouvement de flexion, mais encore par un mouvement de rotation autour de l'axe longitudinal (obs. IV (Dumas), 2e groupe).

Mais ces transformations heureuses sont relativement rares et elles le sont d'autant plus, comme le fait remarquer M. Tarnier, que la grossesse est plus avancée. On ne devra donc pas trop compter sur cette éventualité. Aussi il nous semble que le but de l'accoucheur, lorsqu'il aura reconnu une présentation primitive de la face, devra être, comme dans toute présentation vicieuse ou pou-

vant être dangereuse pour la mère ou pour l'enfant, de la transformer en une présentation du sommet au moyen d'une accommodation artificielle.

Ce but peut être parfois très facilement atteint. Dans certains cas, en effet, de simples manœuvres externes consistant en une pression sur l'occiput suffiront, si la tête n'est pas engagée, pour déterminer la flexion.

Dans d'autres cas on pourra essayer la manœuvre très simple proposée par M. Dumas ; elle est ainsi décrite par cet auteur :

« La présentation de la face une fois reconnue et la position déterminée avec soin, s'assurer d'abord que la tête est mobile, ou la mobiliser s'il y a lieu. Faire ensuite coucher la femme du côté opposé à celui que regarde l'occiput, sans se préoccuper du sens vers lequel s'incline le fond de l'utérus. Appliquer alors une main sur le siège, et s'il est situé du même côté que l'occiput, le refouler peu à peu sous l'hypochondre opposé à celui qu'il occupe en se bornant avec l'autre main à soutenir la tête, de manière à la maintenir au-dessus du détroit supérieur et à favoriser son glissement vers la fosse iliaque correspondant à l'occiput. Il sera sans doute utile de ne pas trop presser du côté de la face, de peur de s'opposer ainsi à la flexion si elle tendait à se produire sous l'influence du mouvement de bascule exécuté par le fœtus, tandis qu'une pression convenable exercée avec le talon de la main sur le plan antérieur du fœtus au niveau du thorax pourrait venir puissamment en aide à cette flexion en détruisant la cambrure exagérée du tronc qui accompagne toujours les présentations de la face. Si au con-

traire le siège était placé du côté opposé à l'occiput, il faudrait exagérer son inclinaison dans ce sens et l'éloigner le plus possible de la ligne médiane, en même temps que l'on tâcherait, comme précédemment, de faire reculer la tête vers la fosse iliaque, où l'on veut la conduire.

« En somme, le principe de cette petite opération résiderait en ceci, qu'il faudrait imprimer à la tête un mouvement de translation dans un sens tel qu'elle éprouvât de la part du bassin une résistance agissant sur elle d'arrière en avant et pouvant par suite amener sa flexion. Si celle-ci était obtenue d'emblée, on pourrait essayer, tout en la maintenant, de ramener immédiatement la tête au centre du détroit supérieur. Sinon, il s'agirait de savoir si, en maintenant l'obliquité artificielle ainsi produite, on ne verrait pas la flexion de la tête se faire ultérieurement, en vertu de la liberté dont elle jouirait dans sa nouvelle situation. »

Cette manœuvre, inspirée à M. Dumas par le fait rapporté dans l'observation, IV, 2e groupe, n'a pas encore, de l'aveu de son auteur, « reçu le contrôle de l'expérimentation clinique ».

Quoi qu'il en soit, elle pourra toujours être tentée. En cas d'insuccès, on emploiera une des méthodes qui ont été proposées jusqu'ici pour la transformation de la présentation de la face en présentation du sommet à la fin de la grossesse ou au début du travail. Ces méthodes, plus compliquées que les précédentes, sont au nombre de trois :

1° Méthode de M. Tarnier.

2° Méthode de Schatz.

3° Méthode de M. Pinard.

Les deux premières sont purement externes, la troisième est mixte. C'est-à-dire qu'elle comprend des manœuvres internes et externes combinées.

I. — *Méthode de M. Tarnier.*

Elle est décrite ainsi dans le livre de MM. Tarnier et Chantreuil (p. 716, t. I) :

« Pour réussir il y a trois mouvements à exécuter :

« Dans le premier, on soulève les épaules et la partie supérieure de la poitrine du fœtus, afin de rendre à la tête la liberté nécessaire pour qu'elle puisse se fléchir.

« Le deuxième mouvement favorise encore la flexion ; il est exécuté par une main qui pousse la tête vers le plan antérieur du fœtus.

« Enfin, dans un troisième mouvement, qui ne peut être exécuté que par un aide, le siège du fœtus est poussé en bas et du même côté que la tête, c'est-à-dire vers le plan antérieur du fœtus, de manière à faire engager le sommet.

« En examinant de près ces trois mouvements, on peut les synthétiser en remarquant qu'ils ont pour résultat unique de faire prendre au fœtus son attitude naturelle, en forçant la tête à se fléchir ; pour cela, on agit aux deux extrémités de l'ovoïde fœtal, de manière à lui faire prendre la forme d'un arc de cercle, dont la concavité répondra au plan antérieur de l'enfant.

« Le mouvement le plus difficile à exécuter est le pre-

mier, celui qui consiste à porter suffisamment en haut les épaules et la partie supérieure du thorax.

« Souvent on est obligé de se servir des deux mains pour opérer cette partie de la manœuvre ; alors un aide peut avec l'une des mains pousser la tête vers le plan antérieur du fœtus, tandis qu'avec l'autre main, il porte le siège dans le même sens que la tête, et finalement abaisse le fœtus pour l'engager dans l'excavation pelvienne.

« On s'aperçoit facilement que la conversion est faite, car le palper montre que le sillon qui était situé entre le dos et la partie postérieure du crâne a disparu, et que ces deux régions sont maintenant en continuité et ne forment plus d'angle aigu comme auparavant. Enfin, on peut contrôler le diagnostic par le toucher vaginal. »

II. — *Méthode de Schatz.*

Schatz décrit ainsi le procédé que lui et Welponer ont employé avec succès, et qui d'ailleurs offre une grande ressemblance avec celui de M. Tarnier.

« Toute personne exercée à l'exploration des femmes enceintes et en travail sait, dit-il, qu'il est facile quand les parois abdominales ne sont pas extrêmement grasses ou tendues, de reconnaître et d'embrasser avec le doigt, non seulement la tête, le dos et les petites parties du fœtus, mais encore la nuque dans la présentation du crâne ; la poitrine, saillante, dans la présentation de la face ; et dans l'un et l'autre cas, l'épaule placée en avant. Nous saisissons donc dans notre opération l'épaule et la

poitrine du fœtus (naturellement entre deux contractions), et nous les poussons d'abord vers en haut et vers le côté où est le dos fœtal ; puis, aussitôt que ces parties sont arrivées dans l'axe lôngitudinal de l'œuf, nous les poussons non plus vers en haut mais seulement vers le côté du dos du fœtus. Pour que cette pression ne déplace que les parties saisies, sans entraîner dans le même sens le reste du fœtus et l'utérus entier (ce qui arrive très facilement), il faut que l'autre main fixe le fond de l'utérus et en même temps le siège fœtal dans leur situation primitive, ou mieux encore qu'elle pousse ces parties vers le côté où jusque-là se trouvait la poitrine du fœtus. De cette façon, pendant que la poitrine et l'épaule sont portées jusqu'à l'axe longitudinal de l'œuf et au delà de cet axe, cet axe lui-même est refoulé d'autant à la rencontre de la poitrine et de l'épaule, et poussé par-dessus ces parties, du côté opposé. Il faut bien se garder de fixer ou de refouler le siège dans une direction qui contrarierait même partiellement et annihilerait l'action de la première main sur la pone et l'épaule.

Si la tête, ne rencontrant pas de la part du bord du bassin et des parties molles qui prolongent et complètent ce bord une résistance suffisante, avait de la tendance à se porter du même côté que la poitrine et l'épaule refoulée (ce qui n'arrivera guère à moins d'élévation exceptionnelle de l'extrémité céphalique), la main d'un aide ou d'une sage-femme pourra compléter vers en haut le bord du bassin et empêcher facilement ce déplacement.

III. — *Méthode de M. Pinard.* — Appréciant les deux

méthodes précédentes, M. Pinard déclare que le premier mouvement, c'est-à-dire celui qui consiste à porter suffisamment en haut les épaules et la partie supérieure du thorax est très difficile à accomplir.

« La grande difficulté, écrit-il, je pourrais dire l'impossibilité, consiste à isoler les épaules et à prendre sur elles un point d'appui assez solide pour soulever le tronc. Si l'on parvient à saisir une épaule — l'épaule antérieure — l'épaule postérieure se dérobe et il est impossible de la saisir. »

Il ajoute :

« Au contraire j'ai réussi facilement à transformer la face en sommet dans plusieurs cas, en employant le procédé dont voici le manuel opératoire, et qui n'est qu'une variante de la *méthode française*.

« Le diagnostic de la présentation étant établi, après avoir constaté que la région fœtale n'est pas assez engagée pour que la bascule ne puisse se faire, il faut introduire deux doigts ou la main dans le vagin et les appliquer sur la fontanelle antérieure généralement accessible, car elle se trouve au centre du bassin ou en est très rapprochée. Cela étant fait, l'autre main restée libre va à l'extérieur à la recherche de l'occiput. Lorsque la main est bien appliquée sur cette région, des pressions simultanées seront exercées de la façon suivante : tandis que les doigts presseront de bas en haut sur les portions du frontal, les doigts appliqués sur l'occiput à travers la paroi abdominale presseront de haut en bas.

Pour réussir plus facilement, il est nécessaire que les pressions soient dirigées non seulement de haut en bas

et de bas en haut, mais encore latéralement et en sens inverse. Je m'explique. Dans la M.I.D.P. les doigts devront diriger le front de gauche à droite et d'avant en arrière, tandis que la main appliquée sur l'occiput exerce des pressions de droite à gauche et d'arrière en avant. Il est donc absolument nécessaire d'introduire les doigts de la main gauche dans les M.D.P. et les doigts de la main droite dans les M.G.P. »

Telle est la description des cinq méthodes auxquelles on peut recourir pour transformer la présentation de la face en une présentation du sommet.

Les trois dernières n'ont été employées, il est vrai, pour obtenir cette transformation qu'au début du travail. Mais pourquoi ne pourrait-on pas les appliquer pendant la grossesse, c'est-à-dire à une époque où l'utérus est plus mou, le fœtus plus mobile ; à une époque où les manœuvres pratiquées sur l'abdomen ne provoquent pas de contractions comme au début du travail ? Certainement la méthode de M. Pinard n'est applicable pendant la grossesse que dans certains cas, puisqu'elle exige l'introduction de la main dans le vagin et l'application de deux doigts sur la fontanelle antérieure. Elle ne sera possible que chez certaines femmes dont le segment inférieur très mince ou le col très perméable permettra cette manœuvre.

Dans le plus grand nombre des cas, comme les voies intérieures sont fermées, on devra tenter la simple réduction par une pression sur l'occiput ou la méthode de M. Dumas ; et si ces deux manœuvres simples échouent, on recourra à la méthode de M. Tarnier ou à celle de

Schatz. Il ne faut pas oublier que dans quelques cas l'emploi du chloroforme sera utile pour favoriser les manœuvres de réduction.

De plus, quand on aura réussi à fléchir la tête, qui se présentait défléchie, il ne faudra pas abandonner à elle-même cette nouvelle présentation. Car, sous l'influence des causes qui avaient produit la déflexion et qui subsistent généralement, cette déflexion pourrait se reproduire.

Il nous semble que la ceinture eutocique de M. Pinard, et, à son défaut, le simple bandage de corps, avec sous-cuisses et tampons d'ouate cylindriques, préconisé par M. Tarnier pourront être utilisés avec fruit. Si l'on employait la ceinture eutocique, on pourrait insuffler davantage le coussin à air qui se trouve du côté de l'occiput et ainsi fixer la tête dans une situation normale.

Nous voudrions voir ce traitement de la présentation primitive de la face entrer dans la pratique journalière des accoucheurs, comme cela s'est fait pour la version par manœuvres externes, dans les cas de présentation de l'épaule ou du siège. Toutefois on ne pourra en tirer tous les avantages qu'il peut donner que le jour où se sera réalisé le vœu formulé par le Prof. Pajot : « Si on parvient à vulgariser chez les médecins, en les chargeant de la populariser parmi les femmes, cette idée qu'un examen très attentif de la situation fœtale est absolument indispensable vers les derniers temps de la gestation ; si, d'autre part, l'accommodation artificielle est possible et sans danger pour un grand nombre de cas, quels avantages pour les femmes, les enfants et les médecins eux-mêmes ! »

Rien ne s'oppose à la réalisation de ce vœu ; car, comme l'a très bien dit M. Pinard : « Les femmes se font vacciner et revacciner, pour ne pas être atteintes de la variole ; elles se feront examiner pour ne pas être exposées et pour ne pas exposer leurs enfants à cette redoutable opération de la version par manœuvres internes.

« Les moyens, qu'on emploie aujourd'hui pour faire cet examen et corriger les mauvaises situations de l'enfant, ne sont ni plus douloureux, ni plus répugnants que ceux qu'on met en usage pour pratiquer la vaccination.»

CONCLUSIONS.

Nous croyons pouvoir tirer de ce travail les conclusions suivantes :

I. — L'existence de la présentation primitive de la face n'est pas douteuse.

II.— Le nombre relativement grand de faits, que nous avons recueillis, semble indiquer que la présentation primitive n'est pas très rare, si on le compare au nombre total des présentations de la face. En tout cas, on ne pourrait établir le relevé exact de la fréquence de la présentation primitive qu'à la condition de pouvoir examiner les femmes pendant la grossesse.

III. — Un certain nombre des conditions, invoquées comme causes de la présentation de la face, peuvent agir aussi bien pendant la grossesse que pendant le travail et produire ainsi une présentation primitive.

IV. — Il est facile d'établir le diagnostic de la présentation primitive.

a) Souvent par le palper seul.

b) Quelquefois par le palper aidé de l'auscultation.

c) Parfois enfin le toucher peut confirmer le diagnostic établi par le palper.

V. — Le pronostic de la présentation de la face étant moins favorable pour la mère et pour l'enfant que celui de la présentation du sommet, on doit essayer de changer cette présentation en une présentation du sommet.

VI. — Les méthodes proposées pour obtenir ce résultat sont au nombre de cinq, diversement applicables selon les cas.

Il importe aussi de maintenir cette présentation, obtenue artificiellement, au moyen de la ceinture de M. Pinard ou du bandage de M. Tarnier.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ahlfeld. — *Arch. f. Gyn.*, t. II. Leipsig, 1873.

Astruc. — *L'art d'accoucher réduit à ses principes*. Paris, 1765.

Auvard. — *Archives de Tocologie*. Août 1888, p. 494.

Baudelocque. — *L'art des accouchements*. Paris, 1781. Nouv. éd., 1822, p. 35.

Bayer. — *Archives de Gynécologie de Berlin*, II, 1885, sur l'étiologie de la présentation de la face.

— *Arch. de Tocologie*, novembre 1885.

— *Sem. Médicale*, 1885, p. 332.

Birnbaum. — *Mon. f. Geb.*, t. VII-XV et *Neue Zeitsch. f. geb.*, t. XV.

Boisleux. — *Contribution à l'étude du pronostic et du tr aitemen de la présentation de la face*. Thèse de Paris, 1886.

Boivin (Mme). *Mémorial des accouchements*, 4e éd., p. 312. Paris, 1836.

Bossi. — *Journal de Médecine de Paris*. Septembre 1887.

Budin. — *De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique*, p. 53. Thèse, Paris, 1876.

Breisky. — Zur Lehre von den Gesichtslagen, in *Monatsschr. f. Geburtsk*, 1868.

Capuron. — *Cours théorique et pratique d'accouchements*. Paris, 1828.

Carpentier. — Thèse, Paris, 1876. *Contribution à l'étude des présentations de la face*.

Cazeaux. — *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*. 9e éd. annotée par Tarnier. Paris, 1874, p. 325.

Chailly (Honoré). — *Traité pratique de l'art des accouchements*. Paris, 1867, 5e édit., p. 742.

Charpentier. — *Traité pratique des accouchements*. Paris, 1883, t. I, p. 244 et 441.

Chiari, Braun et Spæth. — *Klin. d. Geb.*, Erlangen, 1852.

Crousse. — Thèse, Paris, 1844. *De l'accouchement par la face*.

Decazis. — *Considérations sur les accouchements par la face*. Thèse, Paris, 1858.

De Lamotte. — *Traité des accouchements naturels, non naturels et contre nature*. Paris, 1715.

Deleurye. — *Traité des accouchements en faveur des élèves, dans lequel sont traitées les maladies des femmes grosses et accouchées et celles des petits enfants*. Paris, 1770.

Depaul. — *Leçons de clinique obstétricale*. Paris, 1872-1876, 26e leçon, p. 497 et suiv.

Devars. — *Étude clinique et expérimentale sur les présentations frontales et l'accouchement par le front*. Thèse, Lyon, 1885.

Deventer. — *Observations importantes sur le manuel des accouchements*. Trad. française, Paris, 1733.

Devilliers. — *Recueil de mémoires et d'observations sur les accouchements et les maladies des femmes*. Paris, 1862.

Dionis. — *Traité général des accouchements, qui instruit de tout ce qu'il faut faire pour être habile accoucheur*. Paris, 1718.

Dubois et **Désormeaux**. — *Dict. de Médecine en 30 volumes*, art.- Accouchement.

Dubois et **Pajot**. — *Traité d'accouchements*. Paris, 1849.

Dugès. — *Manuel d'obstétrique ou traité de la science et de l'art des accouchements*. Paris, 1826.

Dumas. — *De la version en général*, etc. Leçons cliniques, 1885, 1886. Montpellier, 1886, P. 103.

Duncan. — *Mécanisme de l'accouchement normal et pathologique*, Trad. Budin, 1876, p. 231

Forcade. — *Considérations sur les présentations de la face dans les accouchements*. Thèse, Paris, 1865.

Freund. — *Archives de Gynécologie*. Berlin, II, 1885.
— *Arch. de Tocologie*, nov. 1885. *Sem. Médicale*, 1885, p. 334

Gardien. — *Traité complet d'accouchement et des maladies des filles, des femmes et des enfants*. Paris, 1807, nouv, éd. 1824.

Guillemeau. — *L'heureux accouchement*. Paris, 1609.
— *De la grossesse et accouchement des femmes*. Paris, 1621.

Helly. — *Med. Jahrb. Wien.*, 1861. Uber Stirnlagen, in *Zeitschrift der Gesellschaft der aertzte*. Wien, XVII, Jahrgang, Band II.

Hecker. — *Gesichtlage*. Berlin, 1869. *Arch. f. Gyn.* 1871.

Herrgott. — *Essai sur les différentes variétés de forme de la matrice*, etc. Thèse, Strasbourg, 1839.

Hohl. — *Lehrbuch der Geburtshülfe.* Leipsig, 1862.

Hubert (de Louvain). — *De la version par manœuvres externes.* Bruxelles, 1880.

Jacquemier. — *Manuel des accouchements.* Paris, 1846, t. I, p. 579.

Joulin. — *Traité complet d'accouchements.* Paris, 1867.

Kiwisch. — *Klinische Vorträge.*

Lachapelle (Mme). — *Pratique des accouchements ou Mémoires et observations choisies sur les points les plus importants de l'art.* Paris, 1821, t. I, 3e mémoire, p. 367.

Le Boursier du Coudray. — *Abrégé de l'art des accouchements.* Paris, 1759.

Martel. — *De l'accommodation en obstétrique.* Thèse d'agrégation, Paris, 1878, p. 39 et 53.

Mattei. — *Essai sur l'accouchement physiologique,* 1855, p. 90, 91, 97, 115.

Mauriceau. — *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées.* Paris, 1673.

— *Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes.* Paris, 1695.

Mesnard (Jacques). — *Le Guide des accoucheurs ou le maistre dans l'art d'accoucher les femmes et de les soulager dans les maladies et accidents dont elles sont très souvent attaquées, etc. Le tout en forme d'examen.* Paris, 1743.

Moreau. — *Traité pratique des accouchements.* Paris, 1838, t. II, p. 89.

Nægelé et Grenser. — *Traité des accouchements.* Trad. AUBENAS. Paris, 1880, p. 183.

Olivier. — *Annales de Gynécologie,* juin 1887.

— *Journal de Médecine de Paris,* septembre 1888.

Pajot. — *Dict. encycl. des sciences méd.,* art. Accouchement, t. I, 1879. p. 395. Préface du « *Traité du palper abdominal* » de M. PINARD, p. VII.

Peu. — *Pratique des accouchements.* Paris 1694, chap. V, p. 377.

Phélipeaux. — Thèse, Montpellier, 1881. *Dissertation sur les présentations de la face. A propos d'un cas de répétition de cette présentation sur la même femme.*

Pinard. — *Traité du palper abdominal.* 2e édition. Paris, 1889, p. 32 à 44, 164 à 171, 325, 377 et suiv.

Playfair. — *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements.* Trad. Vermeil. Paris, 1879, p. 410.
Portal. — *Pratique des accouchements soutenue d'un grand nombre d'observations.* Paris, 1685.
Rhodion (Eucharius). *Des divers travaulx et enfantemens des femmes*, 1513. Trad. française, 1536.
Ribemont-Dessaignes. — *Anatomie topographique du fœtus.* Thèse, Paris, 1878.
Scanzoni. — *Lehrbuch der Geburtshülfe.* 4e auflage, Wien, 1867, Band II. Transformation de la présentation de la face en présentation du sommet par de simples manœuvres externes. *Arch. f. Gyn.*, 1873, V Band, p. 306.
Schatz. — Étiologie de la présentaton de la face. *Arch. f. Gyn.*, 1885. *Arch. Tocologi.* nov. 1885. *Semaine médicale*, 1885, p. 332.
Schröder. — *Manuel d'accouchements.* Trad. Charpentier, 1876, p. 167.
Smellie. — *Treatise on the theory and Practice of Midwifery.* Trad. Paris, 1771.
Siebold. — *Monatsschrift für Gebursk.*, 1859, B. XIII, p. 313.
Solayrès de Renhac. — *Dissertatio de partu viribus maternis absoluto.* Paris, 1771.
Spiegelberg. — *Lehrbuch der Geburtshülfe*, 1877, t. I, p. 160.
Stadtfeldt. — *Biblioth. for Lœger*, Band VIII, 1869.
Stoltz. — *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, art. Accouchement, t. I, 1880, p. 249.
Tarnier et **Chantreuil.** — *Traité de l'art. des accouchements*, t. I, p. 449, 486, 510, 520 et 726. Paris 1882.
Valenta. — *Monatsch. f. Geb.*, vol. XXV, p. 172, 1865. Tableaux des mutations, Tarnier et Chantreuil, t. I, p. 467.
Velpeau. — *Traité d'accouchement*, 2e édit. Paris, 1835, p. 517 et suiv.
Viardel (Cosme). — *Observations sur la pratique des accouchements naturels, contre nature et monstrueux*, Paris, 1671.
Welponer. — Transformation de la présentation de la face en présentation du sommet par de simples manœuvres externes. *Arch. f. Gyn.*, 1877, XI Band, p. 346.
Winckel. — *Mon. f. Geb.*, 1867.
— *Path. d. Geb.* Rostock, 1869.
— *Berichte und stud.*, 1879.

TABLE DES MATIÈRES

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu par le président de la thèse
TARNIER.

Vu et permis d'imprimer:
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE